

## KRONİK OTİTİS MEDİANIN KAFAİÇİ KOMPLİKASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşar Ünlü\*, İsmail Külahlı\*\*, Ş.Ali Tekalan\*, İbrahim Ketenci\*\*\*, Refik Cemiloğlu\*, Ertuğrul Erhan\*\*, Sabahattin Cüreoğlu\*\*

**Özet:** Kronik otitis media sonucu kafaîçi komplikasyon gelişen 30 hasta incelendi. 22 hastada granülasyon dokusu ile beraber veya yalnız başına kolesteatom bulundu. Menenjit en sık görülen komplikasyondur. Biri menenjit için beyin absesinden olmak üzere 4 hasta öldü. Cerrahi müdahaleden sonra hastaların % 63'ünde kuru kulak elde edildi. İki hastada mastoidektomiden sonra yeniden kafaîçi komplikasyon gelişti.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik otitis media, intrakraniyal komplikasyonlar

Çocukların % 70'i 3 yaşına kadar en az bir defa otitis media atağı geçirmekte, erişkinler ise % 1.5 oranında aktif kronik otitis media (KOM) görülmektedir (5). Otitis medianın ihmal edildiği toplumlarda ise otojen kafaîçi komplikasyonlarına daha sık rastlanmaktadır (10,12). Bilgisayarlı tomografi gibi ileri tekniklerin tipta kullanım alanına girmesi ile erken tanı kolaylaşmakla birlikte, hala tanıda geç kalınan vakalar bulunmaktadır. Erken tanı her KOM vakasında hekimin komplikasyon gelişebileceğini düşünmesine ve bundan şüphe

### Evaluation of Intracranial complications due to chronic otitis media

**Summary:** The case records of 30 patients with intracranial complications of chronic otitis media are reviewed. Cholesteatoma with or without granulation tissue in the mastoid cavity was found in 22 patients. Meningitis was the most common complication. There were four deaths, one for meningitis and three for brain abscess. Dry ear was accomplished after surgery in 63 per cent of the patients. Intracranial complications developed in two patients after mastoidectomy.

**Key words:** Chronic otitis media, intracranial complications

lenmesine bağlıdır.

### MATERYAL VE METOD

1983-1990 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı'nda KOM sonucu kafaîçi komplikasyon gelişen 30 hasta incelendi. Ayırıcı tanı için direkt grafiler yanında hastaların 13'ünde BBT, 5'inde ise anjiyografi yapıldı. Hastaların hepsinde beyin-omurilik sıvısı incelenerek kültür-antibiyoqram yapıldı. Ancak bu makalede kültür sonuçlarına değinilmedi. Hastaların 4'ünde beyin cerrahileri ile birlikte, 6'sında ise beyin cerrahi mü-

\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

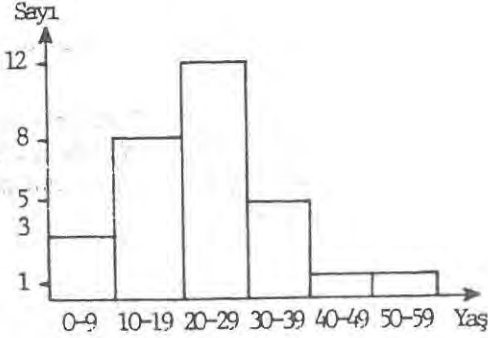
\*\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\*\* Serbest KBB Hastalıkları Uzmanı-Kayseri

dahalesi yapıldıktan sonra ameliyata girildi.

## BULGULAR

Hastaların 25'i erkek, 5'i kadın ve yaşları 9-56 arasında değişmekteydi (Şekil 1).



Şekil 1: Kafaıçi Komplikasyon Gelişen Hastaların Yaş Dağılımı

Hastaların hikayesinden daha önce 4 hastada subperiosteal abse drenajı, iki hastada polipektomi yapıldığı öğrenildi.

**Hastalardaki Başlıca Semptom ve Bulgular:** Ateş, başağrısı, ense sertliği, bulantı-kusma, denge bozukluğu, ajitasyon, uykuya meyil ve hemiparezi idi.

30 hastanın 23'ünde tek taraflı, 7'sinde ise çift taraflı KOM vardı. 16 hastanın sol, 14 hastanın sağ kulağındaki KOM nedeniyle komplikasyon gelişmişti. 9 hastada antrokutaneal fistül vardı. Otoskopik muayenede 19 hastada subtotal perforasyon, 7 hastada attik bölgede perforasyon mevcuttu. Dördünde ise kulak zarı değerlendirilemedi. Radyolojik olarak 19 hastanın Schüller grafisinde defekt görünümü mevcuttu ve mastoid kemik 9 hastada sklerotikti. Ameliyat esnasında 22 hastada pü ile birlikte kolesteatom bulundu ve bunların 20'sinde otoevidman geliştiği görüldü. Diğer 8 hastada ise granülasyon dokusu mevcuttu. Gelişen kafa içi komplikasyonlar Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. 30 Hastada KOM sonucu Gelişen Kafaıçi Komplikasyonlar

Menenjit	16
Temporal lob absesi	5
Oksipital lob absesi	1
Serebellar abse	2
Ekstradural abse	4
Subdural abse	2
Lateral sinüs trombozu	2
Otitik hidrosefali	2

x Ekstradural abse: Perisinüzal 2, Temporal bölgede 2.

Mastodiyektomi esnasında beyin absesi gelişen ve yaşları 17-53 arasında değişen 7 hastanın 6'sında kolesteatom, birinde ise granülasyon dokusu bulundu. Biri temporal abse diğeri serebellar abse bulunan iki hastada aynı zamanda lateral sinüs trombozu da mevcuttu. Beyin cerrahi bölümünce 4 hastada abse drenajı, 2'si nüks olmak üzere 4 hastada kapsülü ile birlikte abse eksizyonu yapıldı. Bir hasta ise müdahaleyi kabul etmedi.

Postoperatif dönemde 9 yaşında bir kız menenjit sonucu, 32, 46 ve 53 yaşlarındaki üç erkek hasta ise ikisi temporal biri de serebellar abse nedeniyle kaybedildi. Kafaıçi komplikasyon gelişen 25 hastaya radikal mastodiyektomi, 3 hastaya modifiye radikal mastodiyektomi ve 2 hastaya da basit mastodiyektomi yapıldı. Kontrole gelen 22 hastanın 14'ünde (% 63) mastoid kavite kurutuldu. 8 hastada ise kulak akıntısının devam ettiği görüldü. Aktif kulak akıntısı olan iki hastanın birinde 6 hafta diğerinde ise 4 yıl sonra beyin absesi gelişti. Tıbbi tedavi ve abse drenajı yanında, birine mastoid kavite revizyonu yapılan bu iki hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Antibiyotiklerle enfeksiyonun baskı altına alınması ve otitis medianın kafaiçi komplikasyonlarının az görülmesi nedeniyle tanıda gecikmeler olabilmektedir. Bu nedenle erken bulgular dikkatlice değerlendirilmeli ve etkili tedavi yapılmalıdır (6). Komplikasyonlar erkeklerde daha sık görülmekte (5) ve bugün için bilmediğimiz bazı sebeplerden dolayı erkekler daha duyarlı olmaktadır. Bazı yazarlar otit komplikasyonlarının çoğunun 20 yaş altındaki hastalarda menenjit şeklinde görüldüğünü ve bunların büyük bir kısmının akut otitis media ve hatta maskelenmiş mastoidit sonucu geliştiğini (7,9,10), patolojik olarak vakaların çoğunda granülasyon dokusu bulunduğunu (9,10) bildirmektedirler. Genel görüş ise kafaiçi komplikasyonların çoğunun kolesteatom sonucu geliştiğidir (2). Bu çalışma sonuçları da otite bağlı kafaiçi komplikasyonların çoğunun kolesteatomdan dolayı olduğu görüşünü desteklemektedir.

Aktif KOM'lı bir hasta ile karşılaşıldığında tıbbi ve cerrahi tedavi arasında iyi bir denge kurulmalıdır (1). Hastalara uygulanacak tedavi şekli Gover ve Mc Guirt'e (6) göre: Akut safhada yüksek doz antibiyotiklerle merkez sinir sistemi bulguları ve akut otit kontrol altına alınarak kulak drene edilir. Bu amaçla miringotomiden mastoidektomiye kadar değişen müdahaleler uygulanır. 48-72 saat içinde nörolojik bulgular yanında akut kulak enfeksiyonunda gerileme olmuyorsa mastoidektomi yapılır. Kronik vakalarda ise merkez sinir sistemi bulguları düzeltilir veya kontrol altına alınır ve kulak enfeksiyonuna yönelik kesin tedavi yapılır. Eavey ve arkadaşları (4), çocukluk çağı bakteriyel menenjit vakalarının hemen hemen hiçbirinin cerrahi tedavi gerektirmediğini ve mastoidektominin miringotomiyeye göre fazla üstünlüğü olmadığını ileri sürmektedirler. Ancak bilhassa kronik otit vakalarında cerrahi müdahalenin kafaiçi komplikasyon gelişme riskini azalttığı kabul edilen genel görüştür.

Biz hastaların çoğunda dev kolesteatomlar olması nedeniyle çoğu kez radikal mastoidektomi yapmak zorunda kaldık.

Menenjit en sık görülen kafaiçi komplikasyondur ve % 1-5 ölüm oranı mevcuttur (7). Baş ağrısı, ense sertliği ve inatçı ateş menenjit için karakteristiktir. Menenjit tedavisi antibiyotiklerin kullanılması ile büyük ölçüde düzelmişse de kulak enfeksiyonunun cerrahi yolla kaldırılması temel prensiptir (6). Menenjit çocuklarda sık görülmekle birlikte yaş ilerledikçe beyin absesi gelişme riski artmaktadır (8). Yoğun antibiyotik tedavisi ve radikal cerrahiye rağmen ölüm % 30-40 gibi yüksek oranlardadır (10,11). Bizim çalışmamızda da biri serebellumda, ikisi temporal lobta bulunan abse sonucu üç hasta kaybedildi. Beyin abseleri için Bergman "Çok belirti beklemek çok ölüm beklemektir" demiştir (1). Günümüzde beyin abselerinin cerrahi tedavisinde iki yol vardır. Birincisi kulak cerrahisini takiben absenin aspirasyonu, ikincisi ise absenin kapsülü ile birlikte çıkarılmasıdır (1,7). Aspirasyon daha az beyin dokusu hasarına neden olur fakat nüks oranı yüksektir (2,11). Bizde de drenaj yapılan iki hastada yeniden abse gelişti.

Cerrahi tedavi kafaiçi komplikasyonları azaltmakla birlikte her zaman kesin bir çözüm yolu, yani, nükslerin olmayacağı anlamına gelmemektedir. Mastoidektomiden sonra kafaiçi komplikasyon gelişme oranı Browning'e (3) göre % 8'dir. Günümüzde kabul edilen oran ise % 5'tir (8). Açık mastoid kavitesi olan hastalarda özellikle kulak enfeksiyonu aktif kalırsa kafaiçi komplikasyon gelişme riski artmaktadır. Bizim serimizde de 2 hastada, biri iki defa olmak üzere, kafaiçi komplikasyon gelişti. Mastoidektomi sonrası % 80 oranında kuru kulak elde edildiği bildirilmişse de, genel başarı oranı % 50 civarındadır (8).

KOM'ya bağlı kafaiçi komplikasyonların çoğu kolesteatom sonucu gelişmektedir. Antibiyotiklere bağlı olarak klinik tablonun değişebil-

mesi nedeniyle tanıda geç kalınmamalıdır. Bu hastalar ameliyat sonrasında da düzenli kontrol altında tutulmalı ve gelişebilecek kafaıçi komplikasyonlara karşı uyanık olunmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Altuę T, Sunar O, Bora F, Papila I: Otojen beyin abseleri. **Türk ORL Arşivi** 25: 5-11, 1987.
2. Ballenger JJ: **Diseases of the Nose, Throat and Ear**. 12th ed, Lea & Febiger, Philadelphia 1977, pp 858-884.
3. Browning GG: The unsafeness of safe ears. **J Laryngol Otol** 98 23-26, 1984.
4. Eavey RD, Gao YZ, Schuknecht HF, Pineda MG: Otologic features of bacterial meningitis of childhood. **J Pediatr** 106: 402-407, 1985.
5. Friedman EM, Mc Gill TJI, Healy GB: Central nervous system complications associated with acute otitis media in children: **Laryngoscope** 100: 149-151, 1990.
6. Gover D, Mc Guirt F: Intracranial complications of acute and chronic infectious ear disease: A problem still with us. **Laryngoscope** 93: 1028-1033, 1983.
7. Holt GR, Gates GA: Masked mastoiditis. **Laryngoscope** 93: 1034-1037, 1983.
8. Nunez DA, Browning GG: Risks of developing an otogenic intracranial abscess. **J Laryngol Otol** 104: 468-472, 1990.
9. Samuel J, Fernandes CMC: Otogenic complications with an intact tympanic membrane. **Laryngoscope** 95: 1387-1390, 1985.
10. Samuel J, Fernandes CMC, Steinberg JL: Intracranial otogenic complications: A persisting problem. **Laryngoscope** 96: 272-278, 1986.

11. Snell GED: Sinogenic and otogenic brain abscesses-a review of 63 cases occurring at Toronto General Hospital, 1956-75. **J Otolaryngol** 7: 289-296, 1978.

12. Wolfowitz BL: Otogenic intracranial complications. **Arch Otolaryngol** 96: 220-222, 1972.