

## SEKRETUVAR OTİTİS MEDİA TEDAVİSİ Therapy of secretory otitis media

Yaşar Ünlü<sup>1</sup>, Gazi Yiğitbaşı<sup>2</sup>, Mehmet Somdaş<sup>3</sup>

**Özet:** Sekretuar otitis media (SOM) çocuklarda en sık görülen hastalıklardan birisidir. Özellikle cerrahi müdahale olmak üzere tedavi endikasyonları tecrübeye dayanmakta olup tartışmalıdır. Bir üst solunum yolu enfeksiyonundan veya akut otitis mediadan sonra ortaya çıkan sekretuar otitis media (SOM) vakalarına çoğu kez tıbbi tedavi yapılır. Tıbbi tedavi olarak antibiyotikler, antihistaminikler, dekonjestanlar verilir, egzersizlerle Östaki borusu açılmaya ve allerjik duyarlılık azaltılmaya çalışılır. Yeterli antibiyotik tedavisine rağmen 3 aydan fazla devam eden inatçı SOM ve işitme kaybı olan vakalarda cerrahi tedavi tavsiye edilebilir. Cerrahi tedaviye karar verdikten sonra, nasıl bir müdahale yapılacağına karar verilir. Miringotomi, adenoidektomi, havalandırma tüpleri ve hatta tonsillektomi yapılması tavsiye edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Efüzyonlu otitis media, Tedavi

**Summary:** Secretory otitis media (SOM) is one of the most common diseases of children. The indications for therapy, in particular surgical therapy, remain controversial and, often empiric. Cases of secretory otitis presenting after an upper respiratory infection or acute otitis media often are cured by medical treatment alone. Medical therapy includes antibiotics, antihistamines, decongestants, exercises to ventilate the eustachian tube, and allergic hyposensitization. Surgical treatment may be recommended for those children with persisting SOM (more than three months) and hearing loss despite adequate antimicrobial therapy. After a decision is made to treat child surgically, a second decision about the type of procedure must be made. Myringotomy, adenoidectomy, tympanostomy tubes, and even tonsillectomy have been advocated.

**Key Words:** Otitis media with effusion, Therapy

SOM'un henüz standart bir tedavi şekli yoktur. Hastaların yaklaşık olarak %80'i kendiliğinden iyileşir (1,2). Tedavinin amacı; etyopatogeneze asıl sorumlu tutulan Östaki borusundaki fonksiyon bozukluğunu düzeltmek ve orta kulak mukozasının normale dönmesini sağlamaktır. Olay, sadece üst solunum yolu enfeksiyonu esnasında mevcutsa, burundaki konjesyonu giderecek tıbbi tedavi uygulanır. Semptomlar kronik ise; sinüzit, adenoid vejetasyon, üst solunum yolu allerjisi, submüköz yarık damak ve nazofarenks tümörü gibi altta yatan herhangi bir sebebin olup olmadığı araştırılmalıdır. En uygun yaklaşım şekli; tıbbi tedavilerin bir veya birkaçını uygulamak, sonuç alınamayan vakalarda hastanın semptom ve bulgularına göre cerrahi müdahale

tercihi yapmaktır. SOM'da kullanılan tedavi şekilleri şu şekilde özetlenebilir:

### I. Tıbbi tedavi

**a. Antihistaminik ve dekonjestanlar:** Oral yolla verilen dekonjestan ve antihistaminikler SOM'lu çocuklarda etkisiz olduğu gibi, antibiyotiklerle birlikte verilmesi de ilave bir etki sağlamamaktadır (3,4,5,6,7). Üst solunum yolu allerjisi olanlarda faydalı olabilir. Bu ilaçların yan etkileri (antihistaminiklerde uyuşukluk, dekonjestanlarda hiperaktivite ve hipertansiyon) de dikkate alınmalı ve uzun süre kullanılmamalıdır.

**b. Antibiyotikler:** SOM'un akut otitis media (AOM)'nın bir sekeli olması ve orta kulaktan elde edilen bakterilerin AOM'dekine benzemesinden dolayı, SOM'da antibiyotik kullanılması tavsiye edilmektedir (7). Orta kulak sıvısında tesbit edilen bakterilerin beta laktamaz üreten suşlarının

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ  
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları. Doç.Dr.<sup>1</sup>, Y.Doç.Dr.<sup>2</sup>,  
Araş.Gör.Dr.<sup>3</sup>.

Geliş tarihi: 18 Aralık 1996

artması, geniş spektrumlu ve bu mikroorganizmaların duyarlı olduğu antibiyotiklerin verilmesini gerektirmektedir. H. influenzae ve S. pnömoninin penisilinlere karşı gittikçe direnç kazanması sonucu, ampisilin ve amoksisilin kullanımı azalmıştır (3). Eritromisin ve sülfizoksazol, trimetoprim/ sülfametoksazol (TMP/SMZ), sefaklor, sefuroksim aksetil veya amoksisilin klavunat gibi antibiyotiklerin SOM tedavisinde etkili olduğu bildirilmektedir (2,8). Yapılan çalışmalarda, antibiyotiklerle SOM'un iyileşme oranı %45-65 arasında değişmektedir (3,7,9). Her vakada antibiyotik kullanmanın gereksiz olduğu unutulmamalıdır (10).

Tekrarlayan otitis mediasi olan hastalar profilaktik antibiyotik tedavisi için uygun adaylardır. Profilaktik antibiyotikler solunum yolu enfeksiyonlarının sık olduğu kış sonu ile bahar başlangıcında özellikle faydalıdır.

*c. Steroidler:* SOM'da oral steroidlerin antienflamatuvar etkileri yanında, prostoglandinler ve lökotrinler gibi bazı iltihabi mediatörleri inhibe ederek etki yaptığı düşünülmektedir (10).

Steroidler, SOM tedavisinde yaygın olmasa bile yıllardır kullanılmaktadır. Bazı yazarlar (1,11,12,13), antibiyotik ile birlikte steroid tedavisinin daha etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmalarda, iki hafta süre ile ampisilin+prednizon ya da TMP/SMZ + deksametazon verilmesinin faydalı olduğu; fakat, steroidin kesilmesinden sonra hastalığın tekrarladığından bahsedilmektedir. Bazı çalışmalarda (5,14) ise, steroidin tek başına antibiyotik tedavisinden daha etkili olmadığı bildirilmiştir. İnatçı SOM'da kullanılan kısa süreli prednizon tedavisinde doz olarak 1 mg/kg aşılmalıdır. Antibiyotik alan bir çocukta steroidlerin kısa süreli kullanışında risk düşük olmakla birlikte, sistemik viral enfeksiyon esnasında bu tedavinin zararları unutulmamalıdır (4).

*d. Orta kulağın havalandırılması:* Önceleri, SOM'da bir tedavi şekli olarak, orta kulağın havalandırılması kullanılmıştır. Politzer veya Valsalva manevrası ile geçici havalanma sağlansa

bile, bir müddet sonra orta kulak basıncı azalmaktadır. Orta kulaktaki gaz, havadan farklıdır ve arteryel kana benzeyen gaz değerleri hiperkapnik ve hipoksik özelliktedir. Bu sebeple, oda havası gibi farklı bir gaz ile orta kulağın havalandırılması sistemin dengesini bozmakta ve etkisi kısa süreli olmaktadır (4).

Transtimpanik olarak verilen inert (etkisiz) bir gaz veya mukolitik maddeler de orta kulağın havalandırılmasında kullanılmıştır, fakat çocuklarda genel anestezi gerektirmesi ve etkilerinin kısa süreli olması faydasını ortadan kaldırmaktadır (4,10).

*e. Allerjik duyarlılığı azaltma:* Diğer allerjik semptomları olan (allerjik rinit ve sinüzit gibi) ve ailesel allerji hikayesi olanlarda allerjik değerlendirme ve tedavi gereklidir.

## II. Cerrahi tedavi

Tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda, kalıcı sekellerden kaçınmak amacıyla cerrahi tedavi yapılır. Cerrahi tedavi endikasyonları hakkındaki tartışmalar devam etmektedir. Belirsizlik, özellikle salgının süresi ve inatçı olup olmadığı üzerindedir. Uygun antibiyotik tedavisine rağmen, 3 aydan fazla devam eden işitme kaybı ve inatçı SOM'u olan çocuklarda cerrahi tedavi yapılabilir. Bazı doktorlar 4 ay veya daha fazla bekleme tavsiye etmektedirler (6,15). Kış aylarında atak riski yüksek olduğu için cerrahi tedavi daha fazla tercih edilmektedir. Cerrahi tedaviye karar verdikten sonra, yapılacak müdahale şekli belirlenir. Tedavide miringotomi, adenoidektomi, havalandırma tüpleri ve hatta tonsillektomi tavsiye edilmiştir.

*a. Adenoidektomi:* Otitis media (OM)'lı çocuklarda adenoidin alınmasını gerektiren başlıca durum, burun tıkanıklığı ve ağız solunumuna sebep olan büyümedir. Nazofarenksi tıkanan büyük bir adenoidin çıkarılması hava yolunu açar ve aşırı nazofarengeal basıncı oradan kaldırarak, Östaki borusuna geri kaçışı da önler. Adenoidektomi, nazofarenkste düz bir yüzey oluşturarak, enfeksiyon kaynağını ortadan kaldırmayı sağlar. Rosenmüller çukurundaki

adenoid dokusu birçok cerrah tarafından alınır. Bazıları ise, bu bölgedeki lenfoid dokuyu, patülöz Östaki borusuna sebep olmamak için çıkarmaz. Müdahale esnasında torus tubarius yaralanmamalıdır, çünkü darlık gelişebilir. Adenoidektomi komplikasyonu olarak kanama nadir görülür. Büyük bir adenoidin çıkarılmasından sonra, geçici velofarengal yetmezlik gelişebilir, fakat vakaların çoğunda çabucak düzelir.

Adenoidektominin etkinliği ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Adenoidektominin, SOM'un iyileşmesine etkisini şüphe ile karşılayanlar olduğu gibi (11,16), faydalı olduğunu savunanlar da vardır (17,18). Farklı çalışmalardan elde edilen klinik bulgular adenoidektominin etkisinin adenoidin büyüklüğüne bağlı olmadığını göstermektedir. Son yıllarda SOM'lu hastalarda adenoidektomi yapılması yönündeki eğilim yeniden artmaktadır. Tonsillektomi+adenoidektominin, sadece adenoidektomiye göre, ilave etkisi olmadığı bildirilmektedir (18).

*b. Miringotomi ve havalandırma tüpü:* Kulak zarındaki insizyon yerinin kısa sürede kapanması nedeniyle, miringotominin tek başına kullanılması azalmıştır (4,6,19). Orta kulağın havalanmasını sağlayan tüpler: Ventilasyon tüpleri, basınç eşitleyen tüpler, timpanostomi tüpleri, grommetler ve makara gibi değişik adlarla kullanılmaktadır. Tüpün amacı; orta kulaktaki sıvıyı boşaltmak, Östaki borusunun fonksiyonu düzelinceye kadar, orta kulağın havalanmasını sağlamak ve uzun sürede gelişebilecek sekelleri önlemektir. İdeal tüp çabuk atılmamalı, kolay takılabilir ve çıkarılabilir olmalı, drenajı sağlamalı ve komplikasyonlara sebep olmamalıdır. Tüpler sadece yerinde ve açık olduğu zaman faydalı olur. Tüpün en az 6 ay, ortalama bir yıl süre ile kalması gerekmektedir (19,20). Tüp yapımında kullanılan bir maddenin diğerinden daha iyi sonuç verdiği dair inandırıcı bulgu yoktur (21).

Tüpler başlıca iki gruba ayrılır. Birinci gruptakiler genellikle grommet şeklindeki kısa tüpler, ikinciler ise uzun, T şeklindeki tüplerdir. Birinci gruptakiler bir yıl veya daha az süre kalır. T tüpler

ise yıllarca kalabilir. Perforasyon oranı %3-12 arasında değişmektedir. Shepard grommet, Armstrong'un eğri tüpü, Reuter Bobbin tüpü ve Goode T tüpü karşılaştırıldığı zaman, Good T tüpü en uzun kalını, fakat otere ve perforasyon gelişme riski en yüksek olanıdır. Tüpün kalma süresi arttıkça ve dış çapı büyüdükçe, kalıcı perforasyon oranı artmaktadır.

Havalandırma tüplerinin en sık görülen komplikasyonlarından biri kulak akıntısıdır. Görülme sıklığı hastalarda %15-50 arasında değişmekle birlikte, yazarların çoğu bu oranı %20 civarında bildirmektedirler (21,22,23,24). Banyo, duş ve yüzme esnasında tüp takılan kulaklarda su orta kulağa geçerek, kontaminasyona sebep olabilir. Bunu önlemek için, vazelinli pamuk, kulak tıkaçları gibi değişik kulak tıkama teknikleri yanında, su geçişine engel olan tüpler de kullanılmaktadır. Uzun tüpler bu amaçla planlanmıştır ve grommet tüpünden daha etkilidir. Ancak, kulak akıntısı olduğu zaman, uzun tüpler antibiyotikli damlaların orta kulağa geçişini engeller. Ayrıca, koyulaşmış kulak akıntısı sıklıkla tüpü tıkar. Kısa tüpler ise su kontaminasyonunu engellemez, fakat antibiyotikli kulak damlalarının kullanmasını, hatta akıntının inceltilmesini ve temizlenmesini sağlar. Su kontaminasyonunu önlemek için, yarı geçirgen tüpler geliştirilmiştir. KBB uzmanlarının çoğu standart tüpleri yarı geçirgen olanlara tercih etmektedir.

Erken postoperatif dönemde görülen kulak akıntısı, tüple kontaminasyondan veya cerrahi müdahale esnasında mevcut olan pürülan sıvıdan dolayı olabilir. Orta kulak sıvısı mukoid ve pürülan olanlarda postoperatif kulak akıntısı oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle, pürülan veya mukoid sıvı aspire edilen hastalara 3-5 gün süreyle topikal antibiyotik verilmesi uygundur (21). Ciddi kanama olduğu zaman kulak damlaları ile tüp lümeninin pıhtılaşmış kan ile tıkanması önlenemez. Havalandırma tüpü yerleştirildikten sonra pürülan kulak akıntısı olan büyük çocuklarda ve erişkinlerde topikal antibiyotikler yeterli olurken, küçük çocuklarda ve yenidoğanlarda sıklıkla tedavi ağızdan alınan antibiyotiklerle yapılır. Kulak damlalarının

kullanılması sonucu insanlarda sensorinöral işitme kaybı gelişmemektedir. Bu durum muhtemelen insanlarda yuvarlak pencere ve zarının anatomisin deney hayvanlarından farklı oluşundan dolayıdır. Bununla birlikte, bu ilaçlar, sensorinöral işitme kaybı riskine karşı, iltihaplı olmayan kulaklarda rastgele kullanılmamalıdır.

Bir çocuğa ilk defa tüp takılacaksa, kısa süreli, büyüklüğü yeterli olan bir tüpün ön alt kadrana yerleştirilmesi tercih edilir (10,21,23). Yüksek risk grubunda olan ve yeniden tüp yerleştirilecek hastalarda, tüpün uzun süre kalması isteniyorsa, ön üst kadrana yerleştirilmesi daha iyidir (21,25). Yüksek risk grubu olarak: Son 6 ay içinde 3 veya

daha fazla otitis media atağı geçirenler, her iki kulağı tutulanlar, iki yaş altındaki çocuklar ve ilk otitis media atağını 6 aylıktan önce geçirenler kabul edilmektedir.

Tüpün atılmasını takiben yeniden SOM gelişen ve antibiyotik tedavisine rağmen 2-3 ay içinde sonuç alınamayan vakalarda, yeniden tüp yerleştirilir. Sadece tüp takılan vakalarda oldukça yüksek oranda yeni bir müdahale gerektiği için, ilk müdahale esnasında adenoidektomi yapılması yerinde olur. Birkaç defa tüp takılmasına rağmen nükseden vakalarda, eksploratuar timpanotomi ve basit mastoidektomi yapılabilir (10). Bunlar osteit veya kolesteatomdan şüphelenilen vakalardır.

#### KAYNAKLAR

1. Berman S, Grose K, Nuss R et al. Management of chronic middle ear effusion with prednisone combined with trimethoprim-sulfa methoxazole. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 533-538.
2. Bluestone CD. Modern management of otitis media. *Ped Clin North Am* 1989; 36: 1371-1387.
3. Cantekin EI, Mc Guire TW, Griffith TL. Antimicrobial therapy for otitis media with effusion (secretory otitis media). *JAMA* 1991; 266: 3309-3317.
4. Gates GA. Acute otitis media and otitis media with effusion. In: Cummings CH, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE (eds), *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. Mosby Year Book, St. Louis 1993, pp 2808-2822.
5. Lambert PR. Oral steroid therapy for chronic middle ear effusion. A double blind crossover study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 95: 193-199.
6. Maw AR. Otitis media with effusion (glue ear). In: Kerr A (ed). *Scott-Brown's Otolaryngology*. Butterwords, London 1987, pp 159-176.
7. Thomsen J, Sederberg-Olsen J, Balle W et al. Antibiotic treatment of children with secretory otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115: 447-451.
8. Bluestone CD. Recent advances in pathogenesis, diagnosis and management of otitis media. *Ped Clin North Am* 1981; 28: 727-755.
9. Macknin ML, Jones PK. Oral dexamethasone for treatment of persistent middle ear effusion. *Pediatrics* 1985; 75: 329-335.
10. Paparella MM, Jung TK, Goycoolea MV. Otitis media with effusion. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL (eds), *Otolaryngology*. WB Saunders, Philadelphia 1991, pp 1317-1341.
11. Cantürk M. Efüzyonlu otitis mediada medikal ve cerrahi tedavilerin karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Kayseri, 1993, ss 22-25.
12. Podoshin L, Fradis M, Ben-David Y et al. The efficacy of oral steroids in the treatment of persistent otitis media with effusion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116: 1404-1406.
13. Schwartz RH, Puglese J, Schwartz DM. Use

- of a short course of prednisone for treating middle ear effusion. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980; 89 (suppl 68): 296-300.
14. Sade J, Luntz M. Adenoidectomy versus tympanostomy in chronic secretory otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100: 221-231.
  15. Savaş İ, Etaner E, Kayhan V ve ark. Ventilasyon tüplerinin takibinde elde edilen sonuçlar. *Türk Otorinolarenoloji Arşivi* 1988; 26: 88-94.
  16. Roydhouse N. Adenoidectomy or otitis media with mucoid effusion. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980; 89 (suppl 68) 312-315.
  17. Paradise JL, Bluestone CD, Rogers KD et al. Efficacy of adenoidectomy in recurrent otitis media. Historical overview and preliminary result from a randomised, controlled trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980; 89: 65-69.
  18. Maw AR. Chronic otitis media with effusion (glue ear) and adenotonsilectomy: A prospective randomized controlled study. *Br Med J* 1983; 287: 1586-1588.
  19. Cemiloğlu R. Çocuklarda eksüdatif otitis medianın Shepard grommet tüpü ile tedavisi. *Türk Otorinolarenoloji Derneği XV. Milli Kongresi, Çeltük Matbaacılık, İstanbul 1982, ss 386-391.*
  20. Kaya S, Ataman M. Orta kulak ventilasyon tüplerinin sorunları. *Türk Otorinolarenoloji Arşivi* 1991; 29: 68-70.
  21. Gray S, Lusk RP. Tympanic Membrane-Tympanostomy Tubes. In: Cummings CH, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE (eds), *Otolaryngology- Head and Neck Surgery. Mosby Year Book, St. Louis 1993, pp 2971-2977.*
  22. Ünlü Y, Erdem M, Cemiloğlu R, Külahlı I: Seröz otitis media. Ventilasyon tüpü sonuçları. *Erciyes Tıp Dergisi* 1991; 13: 208-212.
  23. Özeri C, Kocaoğlu A. Nonsüpüratif otitis mediada ventilasyon tüpü tedavisinin sonuçları. *Türk Otorinolarenoloji Arşivi* 1989; 27: 220-222.
  24. Koç C, Çekiç A, Özcan M, Özbek C, Özdem C. Ventilasyon tüplerinde postoperatif tecrübemiz. *KBB Dergisi* 1996; 3: 523-526.
  25. Kanlıkama M, Çemik S. Mirengotomi ve ventilasyon tüpü yerleştirmede insizyonun rolü: *KBB Postası* 1992; 1: 45-47.