

TEKRARLAYAN AKUT OTİTİS MEDİANIN ÖNLENMESİ VE CERRAHİ TEDAVİ

Necdet BİLİCİLER

Prevention of recurrent otitis media and surgical treatment.

Otitis media orta kulak boşluğu ve ilgili anatomik bölgelerde ortaya çıkan çeşitli etyolojik faktörlere bağlı değişik klinik seyirle karakterize bir enflamasyondur. Otitis media (OM) çocukluğun en sık hastalıklarındandır ve en sık işitme kaybı sebebidir. Çocuklarda uygulanan cerrahi tedavilerin ve antimikrobiyoterapinin de en sık sebebidir. Yurdumuzda konu ile ilgili kapsamlı bir çalışma olmamakla birlikte A.B.D.'de yılda OM ile ilgili büyüklü küçüklü 1 milyon civarında cerrahi girişim uygulanmakta ve hastalık ile ilgili medikal ve cerrahi tedavi masrafları 1 milyar doları aşmaktadır (4,14). Yapılan birçok klinik ve laboratuvar çalışmasına rağmen etyopatogenezi, predispozan faktörler ve tedavisi konusunda tam bir görüş birliğine varılamamıştır. Günümüzde OM'nın aşı ile engellenmesinin mümkün olmaması ve çocukların %85-90'ının en az bir kez bu tatsız hastalığa yakalanıyor olmaları, konuyu en önemli çözülmemiş pediatrik otolarenoloji problemleri arasına koymaktadır.

Antibiyotiklerin yaygın kullanımı akut komplikasyonları (özellikle intrakraniyal yayılıma bağlı) azaltmakla birlikte persiste orta kulak efüzyonuna bağlı işitme kaybı gibi kronik komplikasyonlar artmıştır.

Tedavi seçiminde esas, hastayı en az sekel, zahmet ve hasar ile hastalığından kurtarmaktır. Cerrahi tedavi, hastanın başka bir tedavi şansı olmadığına, medikal tedavi yanıtı vermediğinde, işitme kaybı, fasiyal paralizi, kafa içi komplikasyon gibi ciddi akut komplikasyonların varlığında ya da tekrarlayan (rekürren) akut otit epizotlarının önünü almak için seçilen yoldur.

Akut otit esnasında preantibiyotik dönemde hiç de az olmayan mastoid, boyun ve kafa içi dokuların tutulumu artık yok denecek kadar azdır. Ancak aşırı ihmal edilen olgular ile immünitenin çok bozulduğu durumlarda görülür. Absenin drenajı, kortikal mastoidektomi ve etkin antibiyoterapi esastır.

Tekrarlayan otitis media (TOM) çocuğun akut atakların arasında kulağında efüzyon dahi olmaksızın her üst solunum yolu infeksiyonu ile beraber ya da 6 ay içinde 2-3 kezden veya son 1 yılda 4-5 kezden fazla AOM geçirmesidir. Bu durumu önlemek için ön görülen yollar: 1- antimikrobiyal ajan(lar) ile kemoprofilaksi, 2-miringotomi ve ventilasyon tübü (VT) konulması, 3-adenoidektomi ± tonsillektomi ya da bu yöntemlerin kombinasyonları şeklindedir. Polivalan pnömokok ya da Hib aşısı uygulamalarının etkinliği tam olarak gösterilmiş olmamakla birlikte profilakside yer alabilirler.

Kemoprofilakside amaç antibiyoterapiden farklı olarak daha infeksiyon bulguları ortaya çıkmadan infeksiyonu önlemek için ilaç kullanmaktır. Profilakside kullanılacak antibiyotiklerin hastalığın muhtemel ajanına karşı etkinliği tam olmalı, toksisitesi sınırlı

olmalı, yan etkileri az olmalı ve uzayan kullanım ile etkinliği azalmamalı (direnç gelişmemeli). Profilaksinin muhtemel sorunları arasında hastanın mikroflorasının bozulması, allerjik veya toksik reaksiyonlar, direnç gelişimi ile hekimin gevşeyerek hastanın rutin takiplerinde olası otit durumlarını atlama sayılabilir. Ancak TOM 6. ila 36. ay gibi kısa sayılabilecek bir zaman diliminde ve en sık olarak kış ve erken ilkbaharda gözükür. Bu dönemde rekürren otiti olan çocuklarda etkinliği kanıtlanmış olan kemoprofilaksi mantıklı bir seçim olur. Perrin ve ark. (16) ile Varsano ve ark. (18) sulfisoksazol (500 mg x 2/gün) kemoprofilaksisinin etkinliğini çalışmalarında ortaya koymuşlardır. Başka birçok araştırmacı ise uzun süren sulfonamid yan etki ve toksisitesinden kaçınmak için günlük tek dozluk (20 mg/kg) amoksisilin kullanımını önermektedir (2). Profilaksi 3 ila 6 ay kadar sürdürülür. Bu esnada akut otit olmasa bile orta kulakta efüzyon olmadığından emin olmak için her ay muayene yapılır. Otit ataklarının tekrarlaması ya da efüzyon varlığı cerrahi tedavi endikasyonudur.

Cerrahi tedavi miringotomi, ventilasyon tübü (timpanostomi tübü, grommet, t-tübü vb.) yerleştirilmesi, adenoidektomi ve tonsillektominin değişik kombinasyonlarından oluşur. Ventilasyon tübü + adenoidektomi en sık kombinasyondur.

Adenoid (farengeal tonsil) Waldeyer boyun lenf halkasının en üstte yerleşen bölümüdür. Yedinci ayda tam olarak gelişimini tamamlar ve 5 yaşına dek büyür. Bu esnada belli derecelerde hava yolu tıkanıklıklarına neden olabilir. Daha sonraları yavaş yavaş atrofiye olur. İn hale edilen mikroorganizma diğer immünoreaktif maddelere karşı önemli bir kontakt sahasıdır. İmmünolojik yanıt ve görevi aynı palatin tonsiller gibidir.

Otitli çocuklarda adenoidin alınmasında esas neden nasal obstrüksiyonu ortadan kaldırıp yeniden nasal solunumu sağlamaktır. Bu sayede kapalı burun ile yutkunma sonrası gelişen nasofarengeal yüksek basınç ve östaki borusundaki reflünün önüne geçilmiş olunur (1). Diğer klasik neden östaki tübü fonksiyonlarını normale döndürmektir (9). Üçüncü olarak, son zamanlarda ortaya konulan ve belki de en önemli neden kronik olarak infekte olan adenoid dokusunu ortadan kaldırarak nasofarengeal infeksiyon odağını elimine etmektir. Gates ve ark. (6) ve Paradise ve ark. (15)'in çalışmalarında adenoidektominin otit üzerine olan etkisinin adenoid dokusunun büyüklüğünden bağımsız oluşu da görüşü destekler durumdadır.

Bir zamanlar otit tedavisinde önemli bir yer tutan adenoidektomi sonraları operasyon süresini uzatması, kanama, velofarengeal yetmezlik gibi komplikasyonların varlığı, masrafı artırarak sigorta primlerini yükseltmesi gibi sekonder nedenler ve çalışmalarda etkinliğinin tam olarak kanıtlanamaması üzerine sıklığı azalmıştır. Ancak son zamanlardaki denek sayısı yeterli, kontrolü tam ve uzun süreli takipleri olan çalışmalarda özellikle uzun dönemde (2 yıl) çok etkin olduğu anlaşılmış ve yeniden tedavi protokolüne girmiştir (6,11,15).

Abartılı ya da yanlış küretaj sonucu tuba ağzında skar ve buna bağlı tuba disfonksiyonu, kanama, velofarengeal yetmezlik ve immünolojik yanıtta azalma olası komplikasyonlardır. Ancak usule uygun teknik ve doğru olgu seçimi ile bu sorunlar minimum olacaktır. Gates ve ark. (6) ve Helmus ve ark. (8)'un toplam 1250 olgusunun sadece 5 tanesinde (%0.04) kanama gelişmiş, olguların hiçbirine transfüzyon gerekmemiştir. Postoperatif protez kullanımı ya da ikinci bir operasyon gerektirmesi nedeni ile en çok korkulan komplikasyonlardan olan velofarengeal

yetmezlik en sık gözden kaçan submüköz yarık damaklı olgulardan sonra görülür. Olguları operasyon öncesinde değerlendirirken bu durum gözden kaçırılmamalıdır (3). Adenotonsillektomi sonrası immünolojik değişiklikler de göz önünde bulundurulması gereken diğer bir husustur. Ogra (13) 1971 yılındaki çalışmasında adenotonsillektomi sonrası canlı polio virüsü ile aşılanan çocuklarda antibiyotik titrelerinin 3-4 kez düşük olduğunu göstermiştir. Ancak bu prosedürler sonrası hiç bir majör sistemik immünolojik defisit gelişmediği, hele tek başına adenoidektomi sonrası böylesi bir ihtimalin yok denecek kadar az olduğu Siegel (17) tarafından bildirilmiştir.

Lorentzen ve Haugsten (10) önceleri öne sürülen akut otit esnasında ilk tedavi olarak yapılacak miringotominin tekrarlayan otit epizotlarını engelleyip daha çabuk iyileşmeyi sağlayacağı yönündeki klasik bilginin geçerli olmadığını göstermişlerdir. Akut otit esnasında miringotomi ancak bulging yapmış, zarı delmek üzere olan aşırı infekte kulaklarda, büllöz mirenjitte, fasiyal paralizi, labirentit, intrakraniyal yayılım varlığı olan olgularda ya da antibiyotik kullanımı ile ilgili sorunu olan olgular ile kültür alınımının endike olduğu durumlarda yapılır. Ancak Gebhart (7) rekürren otitli çocuklarda VT takılmasının etkinliğini randomize bir çalışma ile ortaya koymuştur. VT kullanımı sonrası ortaya çıkabilecek rekürren otere, kalıcı perforasyon ve timpansklerozis gibi komplikasyonlar doğru teknik ve hasta ile yakınlarının bilgilendirilmesi sayesinde minimumda tutulur. Bazı çocuklarda gözlenen rekürren otere epizotlarını engellemek için kulağın kirli su ile kontaminasyonunun engellenmesi ve otere esnasında lokal ve sistemik antibiyotik kullanımı hemen tüm olgularda etkin olur. Ancak bu tedaviye yanıt vermeyen bazı olgularda tübün çıkartılması gerekebilir. Bu esnada kullanılan lokal antibiyotik hayvan modellerinin tersine insanlarda - muhtemelen zar ve oval pencerenin anatomik yapısından dolayı- sensörinöral işitme kaybına yol açmaz (12). Ancak yine de bu konuda dikkatli olmak gerekir. Kalıcı perforasyon riski süre ile artmakla birlikte %1-5 arasında değişir (4).

Tüm bu tedavi protokollerine karar verirken durum anne ve baba ile hatta yaşı uygun ise çocuk ile tartışılmalı, seçenekler ve beklentiler tam olarak ortaya konmalıdır. Tedavi seçiminde esas hastayı en az sekel, zahmet ve hasar ile hastalığından kurtarmaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Bluestone CD, Cantekin EI, Beert QC: Certain effects of adenoidectomy on eustachian tube ventilatory function, *Laryngoscope* 85: 113 (1975).
- 2- Carselbrant M: Personal communication (1990).
- 3- Croft CB: The occult submucous cleft palate and the musculus uvulae, *Cleft Palate J* 15: 150 (1978).
- 4- Gates GA: Workshop on effects of otitis media on the child: socioeconomic impact of otitis media, *Pediatrics* 71: 648 (1983).
- 5- Gates GA, Avery CA, Prihoda TJ: Adenoidectomy and chronic otitis media (letter), *N Engl J Med* 318: 1470 (1988).
- 6- Gates GA, Avery CA, Prihoda TJ, Cooper J C Jr: Effectiveness of adenoidectomy and tympanostomy tubes in the treatment of chronic otitis media with effusion, *N Engl J Med* 317: 1444 (1987).
- 7- Gebhart DE: Tympanostomy tubes in the otitis media prone child, *Laryngoscope* 91: 849 (1981).

- 8- Helmus C, Grin M, Westfall R: Same-day-stay adenotonsillectomy, *Laryngoscope* 100: 593 (1990).
- 9- Honjo I: *Eustachian Tube and Middle Ear Diseases*, Springer-Verlag, Tokyo (1988).
- 10- Lorentzen P, Haugsten P: Treatment of acute suppurative otitis media, *J Laryngol Otol* 91: 331 (1977).
- 11- Maw AR: Chronic otitis media with effusion (glue ear) and adenotonsillectomy: a prospective randomized controlled study, *Br Med J* 287: 1586 (1983).
- 12- Morizono T: Toxicity of ototopical medications, *Ann Otol Rhinol Laryngol* 90: (Suppl 148): 42 (1990).
- 13- Ogra PL: Effect of tonsillectomy and adenoidectomy on nasopharyngeal antibody responses to poliovirus, *N Engl J Med* 284: 59 (1971).
- 14- Paradise JL: On tympanostomy tubes: rationale, results, reservations and recommendation, *Pediatrics* 60: 86 (1977).
- 15- Paradise JL, Bluestone CD, Rogers KD et al: Efficacy of adenoidectomy for recurrent otitis media in children previously treated with tympanostomy-tube placement, *JAMA* 263: 2066 (1990).
- 16- Perrin JM, Charney E, MacWhinney JB Jr et al: Sulfisoxazole as chemoprophylaxis for recurrent otitis media. A double-blind crossover study in pediatric practice, *N Engl J Med* 291: 664 (1974).
- 17- Siegel G: The influence of tonsillectomy on cell mediated immune response, *Arch Otolaryngol* 239: 205 (1984).
- 18- Varsano I, Volvitz B, Mimouni F: Sulfisaxozole prophylaxis of middle ear effusion and recurrent acute otitis media, *Am J Dis Child* 139: 631 (1985).