ANKEM Derg 13 (No. 3): 235-238 (1999)

OTİTİS MEDİA TEDAVİSİ

Yücel TANYERİ

Otitis media tedavisindeki seçenekler şunlardır:
- Antibiyotikler
- Analjezikler
- Profilaktik antibiyotikler
- Miringotomi ve ventilasyon tüpleri
- Adenoidektomi.

Akut otitis media başlangıcında oral antibiyotiklerle tedavi edilmelidir. Analjezikler semptomatik düzelme için kullanılabilirler. Antibiyotik tedavisindeki ilerlemeler sonucu akut otitis medianın komplikasyonlarında belirgin azalma olmuştur. Bu nedenle antibiyotiklerin ilk seçenek olarak kullanılması uygundur. Antibiyotik seçimi hastalığı oluşturan *S. pneumoniae, H. influenzae* ve *M. catarrhalis* gibi mikroorganizmaların bilinmesine dayanır. Eldeki bilgilere göre 10 günlük antibiyotik tedavisi ile ilk 72 saat içerisinde belirgin düzelme beklenilmelidir. Eğer hastada ilk 72 saatte amoksisiline (veya ilk seçilen antibiyotiğe) rağmen belirgin iyileşme gözlenmiyorsa, ß-laktamaz üreten mikroorganizmadan kuşkulanmalı ve ß-laktamaza daha dirençli bir antibiyotik kullanılmalıdır (8).

Eğer hasta çok irritabl ise ve ateşi yüksek seyretmeye devam ediyorsa, antibiyotik değiştirilmesi veya cerrahi girişim düşünülmelidir. Uygulanacak bir miringotomi ile ağrı giderilebilir ve yapılacak kültür ve antibiyogram ile etken patojen belirlenip, uygun antibiyotik seçilebilir. Gelişmekte olan komplikasyonun semptom ve bulguları varsa ve hasta tıbbi tedavi ve miringotomiye yanıt vermiyorsa, timpanomastoid cerrahi seçeneği gündeme gelmelidir.

Yenidoğan bebekler veya çok genç infantlarda görülen akut otitis mediaların, sık rastlanmayan mikroorganizmalar (özellikle Gram negatif çomaklar ve *S. aureus*) ile oluşturuldukları gösterilmiştir. Buna rağmen, bu yaştaki çocuklardaki akut otitis medianın büyük çoğunluğunun hâlâ *S. pneumoniae, M. catarrhalis* ve *H. influenzae* infeksiyonları olduğu bilinir. Eğer akut otitis mediası olan bu infantlar, toksik belirtiler gösteriyorsa ve ileri derecede hasta iseler erken dönemde yalnızca miringotomi veya miringotomi+ventilasyon tübü yerleştirilmesi ile tedavi edilmelidirler. Bu hastalar gerekiyorsa hastanede yatırılarak intravenöz antibiyotik ile tedavi edilmelidirler. İmmün yetmezliği olan çocuklar, steroid kullananlar, kemoterapi tedavisinde olanlar veya organ transplantasyonu sonrası tedavi altında bulunanlarda da erken ve agressif tedavi yöntemleri düşünülmelidir. Bu çocuklarda tipik olmayan veya nozokomiyal infeksiyonlarla sık karşılaşılır ve bunlar da olağan antibiyotik tedavi rejimine yanıt vermezler.

10 günlük etkin antibiyotik tedavisinden sonra çocukların yarıdan fazlası klinik olarak iyileşmiştir. Ancak bir bölümünün orta kulaklarında hâlâ sıvı devam ediyor olabilir. Bu durumda; 1. Farklı bir antibiyotikle tedavi, 2. Orijinal antibiyotiğe uzun süre devam edilmesi, 3. Topikal (intranasal) veya sistemik dekonjestanlar veya sistemik antihistaminiklerin verilmesi, 4. Sistemik/topikal (intranasal) steroidlerin kullanılması, 5. Valsalva manevrası ile östaki tübü-orta kulak inflasyonu veya doğrudan östaki tübü inflasyonu gibi tedavi değişkenleri kullanılabilir. Eğer hasta asemptomatik kalıyorsa orta kulaktaki effüzyon izlene-

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Samsun.

bilir. Çünkü tek bir akut otit atağından sonra effüzyonun çözünmesi 3 aya kadar uzayabilir. Eğer hastanın semptomları devam ediyorsa gözlem dışında cerrahi girişimler yapılmalıdır.

Rekürrent otitis media ve tedavisi

Akut otitis media çocuklarda sık karşılaşılan bir durumdur. Yeni doğan çocukların yaklaşık 2/3'ü iki yaşına kadar en az bir akut otitis media atağı geçirirken, bunların dörtte biri en azından üç atak geçirir (1,12,13).

İnfeksiyon ataklarında yaşla birlikte bir azalma söz konusudur, ancak çocukların bir bölümünde otit atakları sık sık tekrarlama eğiliminde olarak devam eder.

Rekürrent otitis media diyebilmek için; 6 ayda üç veya daha fazla atak geçirilmiş olması veya 1 yıllık bir süre içerisinde en az 4 atak geçirilmiş olması gerekir (3). Ancak bunlara akut atak denilebilmesi için, ataklar arasında orta kulakta herhangi bir effüzyon bulunmaması, negatif basınç olmaması ve timpanogramın normal bulunması gereklidir.

Ancak bu konuda tanımlama çok kesin olmadığı için Howie 1975 yılında otite yatkın (otitis-prone) terimini sunmuştur (7). Buna göre yaşamın ilk 5 yılı içerisinde 6 veya daha fazla otit atağı geçirmiş çocuklar otite yatkın çocuklar olarak kabul edilmektedir ki, bu da bu yaş grubu çocukların % 6'lık bir bölümünde karşımıza çıkmaktadır (6). İnfantlarda ise tekrarlayan akut otitis media ataklarının daha sık (% 12) olduğu gösterilmiştir (2).

Tekrarlamaların, ilk akut otit atağının oluştuğu yaşla yakın ilişkisi vardır ve ilk akut otit atağı ne kadar erken yaşta ortaya çıkmışsa o kadar fazla tekrarlama eğilimindedir. İsveç'de yapılan bir çalışmada analizi yapılan tüm risk faktörleri içerisinde tekrarlayan otit gelişiminde en önemli faktörün erken yaşta otit atağı geçirilmesi olduğu saptanmıştır. 6 aydan önce akut otit atağı geçirmiş olan çocukların % 60'ında rAOM atakları gelişmiştir (6).

Orta kulak infeksiyonlarının patogenezinde östaki tübü fonksiyon bozukluklarının çok önemli rolü vardır. Altı yaşın altında, östaki tübü henüz gelişimini tamamlamamıştır ve rölatif olarak kısadır. Östaki tübünün fonksiyonlarını bozan olayların başında üst solunum yollarının viral infeksiyonları en önemli predispozan faktördür (3). Bu viral infeksiyonlar östaki tübünün mukozasını bozup, orta kulağın havalanmasını ve defans mekanizmalarını bozar. Çocuklarda tekrarlayan kulak infeksiyonlarına yol açabilecek diğer faktörler şunlardır:

Yarık damak, Trisomi 21, Çocuğun kreşe devam ediyor olması, Kalabalık aileler, Çocuğun çevresinde sigara içiliyor olması, İlk akut otit atağının ilk 6 ay içerisinde geçirilmiş olması, Tekrarlayan sinüzitler, Nasal allerji, İmmün yetmezlikler, Nazofarenks patolojileri (Adenoidit, Adenoid hipertrofisi, NF tümörleri), Anne sütüyle eksik beslenme.

Bu etmenlerin tanımlanmaları ve özgün tedavilerinin yapılması, atakların önlenmesinde önemi çok büyüktür.

Tekrarlayan otit atakları olan çocuklarda aşağıdaki alternatif tedavilerden biri veya birkaçı birlikte uygulanabilir.

Antibiyotiklerle kemoprofilaksi

Tekrarlayan otit ataklarının önlenmesinde sulfonamidler, ampisilin, sulfisoksazol, amoksisilin, penisilin ve amoksisilin+trimetoprim-sulfametoksazol kombinasyonları gibi antibiyotiklerin başarılı sonuçlarla kullanıldığı rapor edilmiştir (9). Bugüne kadar yapılan araştırmaların sonuçlarına göre tekrarlamaların önlenmesi açısından tek bir ilaç seçimi yapılamasa da, günde tek doz amoksisilin (20 mg/kg) veya TMP-SMX'ın korumada etkili oldukları gösterilmiştir. Ancak bir başka çalışmada ise amoksisilinin profilaktik etkisinin % 30 ve sefaklorun ise % 53 olduğu saptanmış ve sefaklorun rAOM ataklarından korun-

mada daha iyi bir seçenek olduğu vurgulanmıştır (11). Tüm bunların içerisinde amoksisilin, penisiline hassasiyeti olmayan çocuklarda ilk tercih edilecek emin ve en ucuz ilaç olarak görünmektedir. Penisiline hassas kişilerde veya amoksisilin tedavisine rağmen otit atakları olan çocuklarda seçilecek ilk ilaç ise sulfisoksazol olmalıdır. Profilaksinin süresi uzun olup, 5-8 ay sürmeli ve rAOM ataklarının viral infeksiyonların sık karşılaşıldığı kış ayları gözönüne alınarak sonbaharda başlanıp, yaz aylarının başlangıcına kadar devam edilmelidir. Çocuğun otit riski yaşlanma ile azalacağından gelecek sezon profilaksi uygulanmadan bir süre beklenilmeli ve bir iki ataktan sonra yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

Miringotomi ve tüp yerleştirilmesi

Birçok aile uzun süreli antibiyotik kullanımına tepki gösterebilir ve uygulamada güçlükle karşılaşabilirler. Bu durumda parasentez ve tüp yerleştirilmesi daha pratik bir yol olabilir. Tübler yerinde kaldığı ve fonksiyon gördüğü sürece tekrarlayan akut otit ataklarında önemli bir azalma farkedilir (5). Kemoprofilaksi ile otit ataklarının önüne geçilemediği durumlarda da tüp konulması önemli avantajlar sağlar. Çok sık tekrarlayan otitlerde hem tüp yerleştirilmesi ve hem de kemoprofilaksi birlikte kullanılabilir.

Adenoidektomi

Orta kulak infeksiyonlarının önlenmesinde adenoidektomi uzun zamandan beri ısrarla önerilmektedir. Sekretuar otitlerin önlenmesinde adenoidektominin çok yararlı olduğuna ilişkin önemli veriler varken, akut otitlerin tedavisindeki etkinliğini kanıtlamak oldukça güçtür. Paradise ve ark. (10) adenoidektomiden sonra, akut otit ataklarında 1. yılda % 28 ve 2. yılda % 35 oranında azalma saptamışlardır. Bu çalışma adenoidektominin akut otit atakları üzerindeki etkisini belirgin biçimde vurgulamaktadır. Eğer çocukta, tekrarlayan farengotonsillit atakları varsa veya tonsil ve adenoid hipertrofisine bağlı üst solunum yolları obstrüksiyonu bulunuyorsa adenoidektomi yapılması daha kuvvetle önerilmelidir.

Pnömokok aşısı

Pnömokok aşılarının, rAOM tedavisindeki yeri çok tartışılmış ancak çok etkin olduğu kanıtlanamamıştır. Tekrarlayan üst solunum yolları infeksiyon atakları olan çocuklara yapılan pnömokokkal aşılama sonunda, bunların % 87'sinde koruyucu antikorların geliştiği, % 13'ünde ise antikor oluşturulamadığı saptanmış ve antikor cevabı oluşturulamayan bu grupta da IgG yetmezliğinin varlığı gösterilmiştir (4).

Pnömokok türlerinin, otit ataklarına sebep olduğunun gösterilebildiği durumlarda aşının daha etkin olabileceği düşünülebilir. Aşının etkinliğinin kanıtlanabilmesi için uzun süreli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç

rAOM atakları olan çocuğun uygun ve başarılı tedavisi ancak; çocuk, ailesi, pediatri uzmanı ve KBB uzmanının müşterek çabaları ve çocuğun bulunduğu ortam ve risk faktörlerinin özenle değerlendirilmesiyle mümkündür.

KAYNAKLAR

1- Alho O P, Koivu M, Sorri M, Rantakallio P: The occurence of acute otitis media in infants: A life-table analysis, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol 21:* 7 (1991).

2- Alho O P, Laara E, Oja H: What is the natural history of recurrent acute otitis media in infancy, *J Family Practice 43:* 258 (1996).

3- Canadian Pediatric Society: Management of recurrent otitis media, *Can J Pediatr 1:* 171 (1994).

4- Epstein M M, Gurskay F: Selective deficiency in pneumococcal antibody response in children with recurrent infections, *Ann All Asth Imm 75:* 125 (1995).

5- Gonzales C, Arnold J E, Woody E A: Prevention of recurrent acute otitis media: Chemoprophylaxis versus tympanostomy tubes, *Laryngoscope 95:* 1330 (1986).

6- Harsten G, Preliner K, Heldrup J, Kakm O, Kornfalt R: Recurrent otitis media. A prospective study of children during the first three years of life, *Acta Otolaryngol (Stockh) 107:* 111 (1989).

7- Howie V M, Ploussard J H, Sloyer J: The "otitis-prone" condition, *Am J Dis Child 129:* 676 (1975).

8- McCracken G H: Management of acute otitis media with effusion, *Pediatr Infect Dis J 7:* 442 (1988).

9- Paradise J L: Antimicrobial prophylaxis for recurrent acute otitis media, *Ann Otol Rhinol Laryngol 101:* 33 (1992).

10- Paradise J L, Bluestone C D, Rogers K D: Efficacy of adenoidectomy for recurrent otitis media in children previously treated with tympanostomy-tube placement, *JAMA 263:* 2066 (1990).

11- Perry B P, Zieno S A, Yonkers A J, Moore G F: Outcome-oriented managed care comparing efficacies of cefaclor and amoxicillin in acute and recurrent acute otitis media, *Ear Nose Throat J 74:* 840 (1995).

12- Teele D W, Klein J O, Rosner B A: Epidemiology of otitis media in children, *Ann Otol Rhinol Laryngol 89:* 5 (1980).

13- Vinther B, Elbrond O, Brahe-Pedersen C B: A population study of otitis media in childhood, *Acta Otolaryngol (Stockh) (Suppl):* 135 (1979).