

AKUT OTİTİS MEDIADA ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ

Nuran SALMAN

The antibiotic treatment of acute otitis media.

Akut otitis media (AOM) çocukluk yaş grubunda sık gözlenen bir klinik durumdur ve bir çalışmaya göre akut hastalık nedeni ile başvuran çocukların yarısında bu tanı konmaktadır. Yapılan tahminlere göre çocukların %62'si 1 yaşına kadar bir kez otitis media atağı geçirmekte ve %17'sinde de üç veya daha fazla ataklar geçirilmektedir (11).

AOM etyolojisinde viral etkenler de rol oynamakla birlikte çoğunlukla bakteriler üretilmektedir (10).

S.pneumoniae en sık izole edilen etkindir (%35-50), bunu *H.influenzae*, *M.catarrhalis* ve *S.pyogenes* izler (2). AOM'nin antibiyotik ile tedavi edilip edilmemesi ve mirengotominin rolü uzun süre tartışılmıştır. Pittsburg'da yapılan bir çalışmada ateş ve kulak ağrısına göre skorlanan ve buna göre şiddetli olmadığı saptanan ataklarda amoksisilin ve plasebo tedavisi karşılaştırılmış, amoksisilin alan grupta başarısızlık %3.9, plasebo alanda %7.7 bulunmuştur. Bu fark anlamlıdır ve bu hastalığın sıklığı göz önüne alınırsa tedavi verilmeyen olgularda çok fazla sayıda yanıt vermeyen olgu bulunacaktır (7). Bu gerekçelere dayanarak AOM'de antibiyotik tedavisi önerilmektedir.

AOM'de *S.pneumoniae* en önemli patojendir ve bu mikroorganizmayı eradike etmeyen antimikrobiyal ajanlar tedavide başarısız olacaktır. *S.pneumoniae* tedavisinde kullanılan penisilinlere karşı orta veya yüksek düzeyde direnç ilk 1960'lı yıllarda bildirilmiş, son 10 yılda ise Batı Avrupa'da direncin %40'lara kadar yükseldiği saptanmıştır (6). Dirençli pnömokok infeksiyonları erişkinlere kıyasla çocuklarda daha sıktır. Küçük yaşlarda dirençli pnömokok suşları ile kolonizasyon ve infeksiyon, duyarlı pnömokoklara göre daha fazla olmaktadır. Özellikle AOM'lı çocuklardan elde edilen *S.pneumoniae* suşlarında en yüksek oranda direnç saptanmıştır (5).

AOM olgularının çoğunda, etkeni saptamak mirengotomi gibi sıkıntılı bir işlem gerektirdiğinden, ampirik tedavi uygulanır. Böyle olgularda antibiyotik seçimi toplumda karşılaşılan patojenlere karşı in-vitro etkinliği saptanmış ajanlar arasından yapılır. Diğer dikkate alınacak konular güvenilirlik, doz aralığı, tad ve maliyetidir.

Amoksisilin ampirik tedavide seçilecek antibiyotiktir. *S.pneumoniae* ve *H.influenzae*'ye in-vitro ve in-vivo etkinliği saptanmıştır. Amoksisilin 3 dozda, 10 gün verilir. En önemli istenmeyen etkisi diareidir, %34-42 oranında gözlenir (12).

AOM tedavisinde amoksisiline alternatif antibiyotikler eğer o coğrafi bölgede beta-laktamaz oluşturan patojenler yoğunluktaysa, amoksisilin tedavisine 48-72 saat içinde yanıt yoksa, amoksisilin profilaksisi altında AOM gelişirse kullanılır.

Amoksisilin-klavulanat beta-laktamaz direnci söz konusu olduğu durumda verebilecek bir antibiyotiktir, ama penisiline dirençli pnömokokların tedavisi için bir avantajı yoktur. Oral sefalosporinler içersinde sefpodoksim ve sefuroksim aksetil orta derecede duyarlı ya da dirençli *S.pneumoniae* suşlarına karşı en etkili ajanlardır. Penisiline duyarlı *S.pneumoniae* suşları in-vitro olarak sefiksim duyarlı olsalar da otitis media olgularında sefiksim, klinik açıdan diğer oral antibiyotiklere göre daha az etkili olabilir. Parenteral sefalosporinler içinde sefotaksim ve seftriakson pnömokoklar için en düşük MİK değerlerine sahiptir. Makrolidler tüm AOM patojenlerine etkilidirler. *S.pneumoniae*'de makrolid direnci ülkeden ülkeye değişmektedir. Örneğin Fransa'da yüksek oranda makrolid direnci vardır (4).

AOM'de ABD'de standart tedavi 10 gündür. Fransa'da 8 gün, İngiltere'de ise 5 gün önerilmektedir. 10 günlük tedavi hastanın uyum sorununu gündeme getirir. Bergman ve Werner (1) streptokoksik farenjitte çocukların %71'inin 6. günde, %82'sinin 9.günde tedaviyi kestirdiğini saptamışlardır. Kısa süreli tedavide en fazla kullanılan antibiyotikler tek doz seftriakson, 5 günlük oral sefalosporinler ve 5 günlük azitromisindir. Çeşitli çalışmalarda bu tedavilerin 10 günlük amoksisilin tedavisine eş değer olduğu gösterilmiştir (3,8).

KAYNAKLAR

- 1- Bergman A, Werner R: Failure of children to receive penicillin by mouth, *N Engl J Med* 268: 1334 (1963).
- 2- Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM: Ten-year review of otitis media pathogens, *Pediatr Infect Dis J* 11: 7 (1992).
- 3- Cohen R: Shortened therapies in acute otitis media, *Hosp Pract* 31 (Suppl 1): 5 (1996).
- 4- Dagan R: Antibiotic options in managing otitis media, "Adam D, Ehrlich GD (eds): *Otitis Media Prospects for Management*" kitabında s.21, Wells Medical, Kent (1996).
- 5- Doern GV, Brueggemann A, Holley HP, Rauch AM: Antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* recovered from outpatients in the United States during the winter months of 1994 to 1995, *Antimicrob Agents Chemother* 40: 208 (1996).
- 6- Jacobs MR: Increasing importance of antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* in acute otitis media, *Pediatr Infect Dis J* 15: 940 (1996).
- 7- Kaleida PH, Casselbrent ML, Rockette HE: Amoxicillin or myringotomy or both for acute otitis media: results of a randomized clinical trial, *Pediatrics* 87: 406 (1991).
- 8- Mattar ME, Markello J, Yaffe SJ: Pharmaceutic factors affecting pediatric compliance, *Pediatrics* 55: 101 (1975).
- 9- Paradise JL: Treatment guidelines for otitis media: the need for breadth and flexibility, *Pediatr Infect Dis J* 14: 429 (1995).
- 10- Ruuskanen O, Arola M, Putto-Laurila A: Acute otitis media pathogens, *Pediatr Infect Dis J* 11: 57 (1992).
- 11- Teele DW, Klein JO, Rosner B, Greater Boston Study Group: Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective cohort study, *J Infect Dis* 160: 83 (1984).
- 12- Yamauchi T: Upper respiratory tract infections in children. Bacterial pathogens and antimicrobial therapy, *Internat Pediatrics* 11: 5 (1996).