

OTİTİS MEDİADA TANI VE AYIRICI TANIDA ÖNEMLİ NOKTALAR

Metin ÖNERCİ

Orta kulak iltihabını şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- 1) Süpüratif grup
 - Akut süpüratif otitis media
 - Akut nekrotizan otitis media
- 2) Non-süpüratif grup
 - Viral otitis media
 - Sekretuar otitis media
 - Allerjik otitis media.

Sekretuar otit, viral otit ve allerjik otit aslında birbirinin içine girmiş antitelerdir.

Kronik otit ise tamamen farklı bir durumdur. Allerjik otitin bir çeşidi hepimizin çok yakından bildiği süt otitidir. Bebeklerde östaki borusu kısa, geniş ve yatay olduğu, ayrıca yatarak beslendikleri için süt orta kulağa geçer ve allerjik bir olaya neden olur. Bu olay inek sütüyle olabileceği gibi anne sütüyle de olabilir. Uzun süre rekürren otit diye tedavi edilen bu hastalıklarda aslında yapılması gereken ana-babaya beslenme tekniğinin öğretilmesidir. Diğer bir allerjik otit örneği de polen mevsiminde kulakları akmaya başlayan kronik otit hastalarıdır. Kulak zarı perforasyonu nedeniyle dış kulak yolundan giren polenler orta kulak mukozası ile temas ederek allerjik reaksiyona neden olurlar.

Aslında sekretuar otitin patogeneğinde virusların rol oynadığı bilinmektedir. Bu yüzden viral otit ile sekretuar otit birbirinin içine girmiş olaylardır. Burada tercih edilmesi gereken terim sekretuar otitis mediadır. İngilizce literatürde effüzyonlu otit terimi de kullanılmaktadır. Ancak hastalığın yapısını daha iyi anlattığı için sekretuar otit terimi tercih edilmektedir, çünkü bu otitin patogeneğinde metaplaziye uğrayan orta kulak hücrelerinin yaptığı bol sekresyon yer alır. Effüzyon akut otitis mediada da bulunduğu için effüzyonlu otitis media terimi çok ayırt ettirici değildir. Nazofarinks kanserleri ve adenoid hipertrofi de de benzer olarak orta kulakta seröz mayi birikir. Sekretuar otiti biz muayenemizde kulak zarının görünümünden ayırt edebiliriz; ayrıca klinik bulgu da sekretuar otit tanımını koymada önemlidir. Timpanometrik incelemeler bize ancak yardımcı ve destek olurlar. Hacettepe Tıp Fakültesi KBB Kliniği sekretuar otitis media terimini literatürümüze sokmuştur ve bu konuda ilk makale bizde yayınlanmıştır.

Mat bir zarın üzerinde vaskülarizasyon görülmesi sekretuar otitis media (SOM) için karakteristiktir. Hava kabarcıkları da başlangıç SOM'da görülebilir.

Bu hastalığıdaki sorun atelektazi yani kulak zarının mediale çökmesidir. İlk başta retraksiyon olur, kulak zarı inkusun üzerine oturur, sonra da kulak zarı promontoryuma yapışır. Bu son döneme adezif otit denir ve geri dönüşü yoktur. Yani tedavi bu safhaya gelmeden yapılmalıdır.

AKUT OTİTİS MEDIA

AOM mukoperiosteum hastalığıdır, yani orta kulak kemiklerinin bir hastalığı değildir. Akut otitis medianın evreleri vardır.

1. Hiperemi
2. Eksüdasyon
3. Süpürasyon
4. Koalesans
5. Komplikasyon
6. Rezolüsyon.

Hiperemi evresi infeksiyonun başlangıcıdır ve ödem görülür. Bu evrede hastanın tek bir şikayeti vardır: ağrı. Eksüdasyon oluştuğunda işitme kaybı ağrıya eklenir ve ağrının şiddeti artar. Eğer bu eksüda safhasında zar perfore olursa ya da siz parasentez yapıp püy alırsanız bu da 3. safhayı oluşturur: süpürasyon safhası. Bundan sonra farklı yollar izleyebilir, süpürasyondan sonra hasta iyi olabilir veya koalesans safhasına geçebilir. Koalesans mastoid hücrelerin birleşmesidir. Antrumla mastoid arasında bir geçiş vardır. Bu geçiş ödemlenen mukoza tarafından tıkanırsa gerisinde püy birikir. Bu biriken püy, baskı yapar ve dokunun beslenmesini bozar, hipoksi ve asidoz oluşur. Asidoz da dekalsifikasyon ve kemik hücrelerin erimesine neden olur ve büyük bir kavite gelişir.

AOM ile en sık karışan durum buşonlardır. AOM için tedavi verilen birçok hastanın buşonu temizlendiğinde geride normal kulak zarı olduğu görülmüştür.

Eksüda safhasında parasentez yapmak gerekir. Eskiden antibiyotiklerin olmadığı dönemde parasentez çok yapılırdı. Antibiyotik çağında parasentez az yapıldığı ve antibiyotik verildiği için sekretuar otitin arttığı söylenmektedir. Parasentezin çocuğa hiçbir zararı yoktur ve bir hafta içinde kapanır.

AOM ile karışan diğer bir hastalık bullöz mirinjitir. Dayanılmaz bir ağrı yapar. Tedavide hiçbir antibiyotiğe gerek yoktur. Epitele dokunarak içindeki sıvıyı aspire etmek yeterlidir, ağrı kesici vermeye gerek kalmaz, ağrı kendiliğinden geçer. Bu hastalarda parasentez yapmamak gerekir. Çünkü parasentez bıçağını sokunca tüm zarı kesip kalıcı perforasyon yapabilirsiniz. Zarnın dış epitel tabakasıyla alttaki fibröz tabaka birbirinden ayrılmış olduğundan içindeki sıvıyı boşaltmak için yalnız dış epitele dokunmak yeterlidir.

Akut netrotik otitis media

Akut süpüratif otitis mediadan kliniği ve seyri tamamen farklı olan, orta kulak ve çevresindeki dokularda nekroz ile karakterize orta kulak iltihabı akut nekrotizan otitis media veya akut nekrotik otitis media olarak adlandırılır. Etken hemen daima β -hemolitik streptokoklardır.

Akut nekrotik otitis media genellikle kızıl, kızamık, pnömoni gibi sistemik hastalıklar nedeniyle hastalanan bebek ve küçük çocuklarda görülür. Çocuğun sistemik hastalığı tedavi edilirken kulak iltihabı gözlerden kaçır. Kulak iltihabı hızla ilerler, kulak zarı kulak ağrısı başladıktan kısa süre sonra perfore olur. Hafif seyreden hastalarda bu perforasyon yalnızca pars tensa bölgesinde ve böbrek şeklinde olabilir. Daha ağır hastalarda zar yanında fibröz hatta kemik anulus nekroza uğrar. Orta kulak mukozasında nekroz gelişir. İyileşme dış kulak yolu cildinin orta kulağa yürümesi sonucu oluşur. Çok ağır hastalarda ise tüm orta kulak antrum ve mastoid kemik mukoperiosteumunda nekroz gelişir. Beslenme bozukluğu nedeniyle kemikler sekestre olabilirler.

Yapılabilecek en iyi şey sistemik hastalığı olan çocuklarda iltihap açısından dikkatli ol-

mak ve kulak iltihabı başlarsa hemen penisilin enjeksiyonlarına başlamaktır. Cerrahinin akut nekrotik otitis medianın erken devrelerinde fazla bir yeri yoktur. Çocuğun genel durumu iyileşinceye kadar cerrahi geciktirilmelidir.

Kronik süpüratif otitis media

Kronik süpüratif otitis media akut süpüratif mediadan yalnızca süresi açısından değil, aynı zamanda patolojisi ve seyri açısından da tamamen farklı bir hastalıktır. Tedavi edilmiş bir akut otitis media haftalar veya aylarca sürebilir, ancak genellikle sonunda iyileşir. Oysa epitimpanik kolesteatomu olan bir hastada akıntının ilk gününden itibaren kronik bir hastalık söz konusudur. Tüberküler otitis media çok nadir görülür. Genellikle kronik otitis media tehlike göstermeyen benign şekli veya kemik invazyonu ile birlikte seyreden tehlikeli şekli olmak üzere iki grupta incelenebilir.

Benign kronik süpüratif otitis media

Genellikle akut nekrotik otitis mediayı takiben kulak zarının santral perforasyonu şeklinde görülürler. Marjinal perforasyon, kolesteatoma veya kemik harabiyetine sebep olacak bir durum söz konusu değildir. Orta kulak mukozası dış ortama açık olduğu için daha kolay etkilenir ve akıntı ortaya çıkar. Perforasyonlar her zaman sentraldir, orta kulakta her zaman mukoza vardır. Orta kulak veya ilişkili boşluklarda yassı epitel veya kolesteatoma yoktur. Akıntı her zaman mukoid veya müköpürülandır. Başlangıçta kötü koku olsa bile lokal temizlik ve antiseptik veya antibakteriyel ajanların kullanılmasından sonra koku kalmaz.

Orta kulak boşluklarında yassı epitel veya kolesteatomanın bulunduğu durumlarda kemik harabiyeti söz konusudur. Genellikle kulakta pis bir koku vardır. Muayenede attikte retraksiyon cebi, perforasyon veya pars tensada marjinal perforasyon görülür. Orta kulak mukozasının nekrozuna bağlı olarak orta kulağı döşeyen yassı epitel görülebilir. Grafilerde attik veya mastoid bölgede kemik defekti görülebilir. Bu tip kronik otitis media komplikasyonlara yol açtığından cerrahi ile kolesteatoma temizlenmelidir.

OTİTİS MEDIA VE AYIRICI TANI

Akut süpüratif otitis media orta kulak mukoperiosteumunun sıklıkla *S. pneumoniae* veya β -hemolitik streptokoklar ile ortaya çıkan akut infeksiyonudur. Genellikle sekel bırakmadan iyileşir. Kulak zarı perforasyonu her zaman küçük, sentral ve pars tensa bölgesindedir. Antibakteriyel tedaviye her zaman iyi cevap verirler.

Akut nekrotik otitis media günümüzde oldukça az görülmekle birlikte sonuçları itibarıyla önem taşır. Sistemik hastalığı olan çocuklarda kulak zarı ve orta kulak mukozasının nekrozu ile seyreder. Kulak zarı perforasyonu her zaman büyüktür ve genellikle kendi kendine iyileşmez.

Kronik otitis mediada genel bir kulak zarı perforasyonu ile birlikte kulak akıntısı genellikle geçirilmiş akut nekrotik otitis medianın bir sonucudur. Hastalık esnasındaki nekroza göre üç tipi söz konusudur.

1) Benign tip: Kulak zarında sentral perforasyon vardır. Orta kulakta yassı epitel yoktur.

2) Sekonder akkiz kolesteatoma: Kulak zarında marjinal perforasyon, orta kulakta yassı epitel ve pis koku vardır.

3) Kronik osteit: Kemikte osteit ve kulakta pis koku vardır.

Kronik kulak akıntısına yol açan diğer bir durum da retraksiyon kolesteatomudur. Kulak zarının pars flaksida kısmının veya pars tensa arka üst kısmının retraksiyonu sonucu-

oluşur. Genellikle sekretuar otitis medianın ileri evrelerinde retraksiyon ceplerinin kendi kendini temizleyememesi sonucu oluşurlar.

Tüberküler otitis media çok nadirdir. Kulak zarında birden fazla küçük perforasyonlar vardır. Ağrısızdır. Akıntı fazla değildir. Orta kulak kemikçik nekrozu nedeniyle belirgin işitme kaybı vardır.

KAYNAKLAR

- 1- Albers FM: Complications of otitis media, *AMJ Otol* 20: 9 (1999).
- 2- Alho OP, Koivu M, Sorri M, Rantakallio P: The occurrence of acute otitis media in infants: A life-table analysis, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 21: 7 (1991).
- 3- Alsarraf PC, Juns CJ, Perkins J, et al: Measuring the indirect and direct costs of acute otitis media, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 125: 12 (1999).
- 4- Bluestone CD, Klein JO: Otitis media atelectasis and Eustachian tube dysfunction, "Bluestone CD, Stool SE (eds): *Pediatric Otolaryngology*, 2nd ed." kitabında s. 320, W B Saunders, Philadelphia (1990).
- 5- Giebing GS: Otitis media update, *Otol Rhinol Laryngol (Suppl)* 155: 21 (1992).
- 6- Haddad J Jr: Treatment of acute otitis media, *Otolaryngol Clin North Am* 27: 431 (1994).
- 7- Harsten G, Preliner K, Heldrup J, Kakm O, Komfalt R: Recurrent otitis media. A prospective study of children during the first three years of life, *Acta Otolaryngol (Stockh)* 107: 111 (1989).
- 8- Karma PH, Penttila MA, Sipila MM, Kataja MJ: Otoscopic diagnosis of middle ear effusion in acute and nonacute otitis media, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 17: 37 (1989).
- 9- Linderman P: Middle ear effusion among children after acute otitis media. A diagnostic problem, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 3: 145 (1981).
- 10- Montuille N H, White MA: Diagnostic and pharmacological management of acute otitis media, *Pediatr Nurs* 24: 423 (1998).
- 11- Pukander J: Clinical features of acute otitis media among children, *Acta Otolaryngol (Stockh)* 95: 117 (1983).
- 12- Teele DW, Klein JO, Rosner BA: Epidemiology of otitis media in children, *Ann Otol Rhinol Laryngol* 89: 5 (1980).
- 13- Torlow M: Otitis media: Pathogenesis and medical sequelae, *Ear Nose Throat J* 77 (Suppl): 3 (1998).
- 14- Vinther B, Elbrond O, Brahe-Petersen CB: A population study of otitis media in childhood, *Acta Otolaryngol (Stockh) (Suppl)* 360: 135 (1979).