

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

Editör

Burak ERDEN

© Copyright 2019

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN

978-605-258-588-7

Kitap Adı

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

Editör

Burak ERDEN

Yayın Koordinatörü

Yasin Dilmen

Sayfa ve Kapak Tasarımı

Akademisyen Dizgi Ünitesi

Yayıncı Sertifika No

25465

Baskı ve Cilt

Bizim Dijital Matbaa

Bisac Code

MED085130

DOI

10.37609/akya.1117

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A

Yenişehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

ÖNSÖZ

Akademisyen Yayınevi yöneticileri, yaklaşık 30 yıllık yayın tecrübesini, kendi tüzel kişiliklerine aktararak uzun zamandan beri, ticarî faaliyetlerini sürdürmektedir. Anılan süre içinde, başta sağlık ve sosyal bilimler, kültürel ve sanatsal konular dahil 1000 kitabı yayımlamanın gururu içindedir. Uluslararası yayınevi olmanın alt yapısını tamamlayan Akademisyen, Türkçe ve yabancı dillerde yayın yapmanın yanında, küresel bir marka yaratmanın peşindedir.

Bilimsel ve düşünsel çalışmaların kalıcı belgeleri sayılan kitaplar, bilgi kayıt ortamı olarak yüzlerce yılın tanıklarındır. Matbaanın icadıyla varoluşunu sağlam temellere oturtan kitabın geleceği, her ne kadar yeni buluşların yörüngesine taşınmış olsa da, daha uzun süre hayatımızda yer edineceği muhakkaktır.

Akademisyen Yayınevi, kendi adını taşıyan “**Bilimsel Araştırmalar Kitabı**” serisiyle Türkçe ve İngilizce olarak, uluslararası nitelik ve nicelikte, kitap yayımlama sürecini başlatmış bulunmaktadır. Her yıl Mart ve Eylül aylarında gerçekleşecek olan yayımlama süreci, tematik alt başlıklarla devam edecektir. Bu süreci destekleyen tüm hocalarımıza ve arka planda yer alan herkese teşekkür borçluyuz.

Akademisyen Yayınevi A.Ş.



İÇİNDEKİLER

- 1 Paranasal Sinus Anatomik Varyasyonları ve Aksesuar Maksiller Sinus Ostiumu Varlığı ile Anatomik Varyasyonlar Birlikteliğinin Kronik Sinuzit Oluşumuna Etkileri..... 1
Aytuğ BUYRUK
Cemile ŞENOL
- 2 Tiroid Bezin Cerrahi Komplikasyonları 13
Deniz AVCI
- 3 Meniere Hastalığında Güncel Tedavi Yaklaşımları 25
Deniz AVCI
- 4 Kulak Burun Boğazda Çene Eklem Hastalıkları 41
Kemal KEF
- 5 Baş Boyun Tümörlerinde Güncel Evreleme..... 59
Sanem Okşan ERKAN

Bölüm 1

PARANAZAL SİNUS ANATOMİK VARYASYONLARI VE AKSESUAR MAKSİLLER SİNUS OSTİUMU VARLIĞI İLE ANATOMİK VARYASYONLAR BİRLİKTELİĞİNİN KRONİK SİNUZİT OLUŞUMUNA ETKİLERİ

Aytuğ BUYRUK¹
Cemile ŞENOL²

GİRİŞ

Paranasal sinus Bilgisayarlı Tomografi (BT) taramalarında çok sayıda anatomik varyasyona rastlanır. Bunlardan en yaygın olanlar septum deviasyonu, konka büllöza, agger nasi hücresi, infraorbital etmoidal (Haller) hücre, sfenoetmoidal (Onodi) hücredir.^[1] Agger nasi hücreleri en ön etmoidal havalı hücrelerdir frontal resesin ön arka ve lateralinde konumlanırlar.^[1, 2] Infraorbital etmoidal (Haller) hücreler infundibulumun lateralinde maksiller sinüs ostiumuna bitişik ve üstünde orbitanın medial tabanından aşağı doğru uzanan etmoidal hücrelerdir.^[1, 3] Sfenotmoidal hücreler sfenoid sinüsün lateral, superior ve posterioruna uzanan ve optik sinirle yakından ilişkili posterior etmoidal hücrelerdir.^[1]

Maksiller sinüsün doğal ostiumu anterior yerleşimli, enine uzanan oval bir forma sahiptir ve rutin nazal endoskopik inceleme sırasında görünmez. Maksiller sinüs genellikle posterior fontanelin ön kısmına açılır, etmoid infundibulumun inferior parçası

¹ Dr. Öğretim Üyesi Harran Üniversitesi KBB ABD, aytugbuyruk@hotmail.com

² Uzman Dr. Eskişehir Şehir Hastanesi KBB Bölümü. senolcemile@gmail.com

pnömatisasyonu ve lamina paprisea dehisansı gibi belli anatomik varyantların farkında olunması hasta ve cerrah için son derece önemlidir. Bu varyasyonların tanınmaması cerrahi komplikasyon riskini yükseltmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik sinüs cerrahisi, Paranasal sinüsler, Aksesuar maksiler sinüs ostiumu

KAYNAKLAR

1. Kantarci M, Karasen RM, Alper F, Onbas O, Okur A, Karaman A. Remarkable anatomic variations in paranasal sinus region and their clinical importance. *European Journal of Radiology* 2004;50(3):296-302. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2003.08.012>
2. Hamid O, El Fiky L, Hassan O, Kotb A, El Fiky S. Anatomic Variations of the Sphenoid Sinus and Their Impact on Trans-sphenoid Pituitary Surgery. [Article in En] *Skull Base* 2008;18(01):009-15. doi: 10.1055/s-2007-992764
3. Mathew R, Omami G, Hand A, Fellows D, Lurie A. Cone beam CT analysis of Haller cells: prevalence and clinical significance. *Dentomaxillofacial Radiology* 2013;42(9):20130055. doi: 10.1259/dmfr.20130055
4. Stammberger H, Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 1990;247(2):63-76. doi: 10.1007/bf00183169
5. Genc S, Ozcan M, Titz A, Unal A. Development of maxillary accessory ostium following sinusitis in rabbits. [Article in eng] *Rhinology* 2008;46(2):121-4.
6. Joe JK, Ho SY, Yanagisawa E. Documentation of variations in sinonasal anatomy by intraoperative nasal endoscopy. [Article in eng] *The Laryngoscope* 2000;110(2 Pt 1):229-35. doi: 10.1097/00005537-200002010-00008
7. Jones NS. CT of the paranasal sinuses: a review of the correlation with clinical, surgical and histopathological findings. [Article in eng] *Clinical otolaryngology and allied sciences* 2002;27(1):11-7.
8. Adeel M, Rajput MSA, Akhter S, Ikram M, Arain A, Khattak YJ. Anatomical variations of nose and para-nasal sinuses; CT scan review. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2013;63(3):317.
9. Kumar H, Choudhry R, Kakar S. Accessory maxillary ostia: topography and clinical application. *J Anat Soc India* 2001;50(1):3-5.
10. Jog M, McGarry G. How frequent are accessory sinus ostia? *The Journal of Laryngology & Otology* 2003;117(4):270-2.
11. Goldman NC, Matthews BL, Burke AJ. Recirculation of mucus via accessory ostia causing chronic maxillary sinus disease. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery* 1997;117(4):422-3.
12. Albu S. Symptomatic maxillary sinus retention cysts: should they be removed? *The Laryngoscope* 2010;120(9):1904-9.

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

13. Busaba NY, Kieff D. Endoscopic sinus surgery for inflammatory maxillary sinus disease. *The Laryngoscope* 2002;112(8):1378-83.
14. Kanagalingam J, Bhatia K, Georgalas C, Fokkens W, Mischkiel K, Lund VJ. Maxillary mucosal cyst is not a manifestation of rhinosinusitis: Results of a prospective three-dimensional CT study of ophthalmic patients. *The Laryngoscope* 2009;119(1):8-12.
15. Shpilberg KA, Daniel SC, Doshi AH, Lawson W, Som PM. CT of anatomic variants of the paranasal sinuses and nasal cavity: poor correlation with radiologically significant rhinosinusitis but importance in surgical planning. *American Journal of Roentgenology* 2015;204(6):1255-60.
16. Azila A, Irfan M, Rohaizan Y, Shamim A. The prevalence of anatomical variations in osteomeatal unit in patients with chronic rhinosinusitis. *The Medical journal of Malaysia* 2011;66(3):191-4.
17. Fadda G, Rosso S, Aversa S, Petrelli A, Ondolo C, Succo G. Multiparametric statistical correlations between paranasal sinus anatomic variations and chronic rhinosinusitis. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2012;32(4):244.
18. Beale TJ, Madani G, Morley SJ, editors. *Imaging of the paranasal sinuses and nasal cavity: normal anatomy and clinically relevant anatomical variants. Seminars in Ultrasound, CT and MRI*; 2009: Elsevier.
19. Jun Kim H, Jung Cho M, Lee J-W, et al. The relationship between anatomic variations of paranasal sinuses and chronic sinusitis in children. *Acta oto-laryngologica* 2006;126(10):1067-72.
20. Stallman JS, Lobo JN, Som PM. The incidence of concha bullosa and its relationship to nasal septal deviation and paranasal sinus disease. *American Journal of Neuroradiology* 2004;25(9):1613-8.

Bölüm 2

TİROİD BEZİN CERRAHİ KOMPLİKASYONLARI

Deniz AVCI¹

GİRİŞ

Tiroid bezi fonksiyonları göz önüne alındığında oldukça önemli bir endokrin organdır. Anatomik yerleşimi ve komşu yapıların önemi dolayısıyla cerrahide oldukça önem arz eden bir yere sahiptir. Sağ ve sol da olmak üzere iki lob ve bunları birleştiren istmus yapısından oluşur. Vücut metabolizmasını düzenleyen T3 (Triiyodotironin) ve T4 (Tiroksin) hormonlarını salgılar. Boyunun orta alt kısmında soluk borusunun her iki yanında bulunur. Tiroid bezi cerrahisi için "Tiroidektomi" terimi kullanılmaktadır.

Tiroidektomi, tiroid bez hastalıklarının ana tedavilerinden biridir. Tiroidektomi endikasyonlarına bakıldığında; obstrüktif semptomlar, kozmetik problemler, hipertiroidi, malignite şüphesi, multinodüler ve diğer guatr formları sayılabilir.

Tiroidektomi için deneyim, bilgi ve beceri mutlak şarttır. Aksi halde cerrahi sırasında ve sonrasında önemli komplikasyonlar görülebilmektedir. Günümüzde tiroidektomi deneyimi arttığından komplikasyonlar giderek azalmıştır. 20. yüzyılın başlarında tiroidektominin majör komplikasyonları hematom, postoperatif enfeksiyon ve mortalite iken, son yıllarda ise rekürren larengeal sinirin yaralanmasına bağlı vokal kord paralizileri ve hipokalsemi daha ön planda yer almaktadır. Kanser cerrahisi yapılan bir hastanede 1020 tiroidektomi vakası sonrası en fazla görülen

¹ Uzman Doktor, Nevşehir Devlet Hastanesi KBB Kliniği, deniz.avci@hotmail.com

rik tüpten veya ağızdan beslenmeyi takiben drenlerde süt renginde sıvı ile ortaya çıkar. Dren içeriğindeki sıvıda trigliseridin 100 mg/dL'den fazla olması halinde tanı konulur. 600 mL'den az olan şilöz fistüllerde dren tatbiki ve baskılı pansuman uygulanır. Orta zincirli trigliseridli diyet ve somatostatin analogu verilir. Gelen sıvı 600 mL'den fazla olursa cerrahi eksplorasyon gerekir ve kaçağın yeri bulunup klempe edilerek bağlanır. Fibrin zankı veya tetrasiklin emdirilmiş sargisel de kullanılabilir. Tedavi edilmezse sıvı-elektrolit dengesizliği, yara iyileşmesinde gecikme, protein kaybı, metabolizmada bozukluk, şok ve ölüm görülebilir (12).

Servikal Sempatik Sinir Yaralanması

Çok nadiren karotis bölgesinin posteromedialinde tiroid diseksiyonu yaparken yaralanabilir. Tam kesi oluşursa miyozis, pitozis, anhidrozis, enoftalmus, geçici flashing ve nazal konjesyon ile karakterize Horner Sendromu tablosu ortaya çıkar (2).

Disfaji, Trakea ve Özefagus Yaralanmaları

Disfaji, periözefagial kasların ameliyat sonrası enflamasyonuna veya entübasyona bağlı olup tiroidektomi sonrası sık görülmektedir. Servikal bölgeye masaj ile erken dönemde kaybolur. Nadiren tümör invazyonuna veya özensiz cerrahiye bağlı onarım ve rekonstrüksiyon gerektirebilecek trakeoözefagial yaralanmalar olabilir (12).

Mortalite

Tiroidektomi sonrası ölüm % 1 den azdır ve pek çok seride ölüm bildirilmemiştir (2).

KAYNAKLAR

1. Goncalves FJ, Kowalski LP. Surgical complications after thyroid surgery performed in a cancer hospital. *Otolaryngol Head and Neck Surg.* 2005;132:490-494.
2. Yüce, İ. Güney, E. (2008). Tiroid ve paratiroid bez cerrahi komplikasyonları. Ercihan Güney (Ed.), *Tiroid ve Paratiroid Bez Cerrahi Hastalıkları* içinde (s. 247 - 275). İstanbul: İyi İşler Yayıncılık

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

3. Rosato L, Avenia N, Bernante P, et al. Complications of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14.934 patients operated on in Italy over 5 years. *World J Surg.* 2004;28:271-276.
4. Johnson, J. T. Myers, E. N. (1996). Management of complications of head and neck surgery. In Myers, E. N., Suen, J. Y. (Eds.), *Cancer of the head and neck* (3rd ed., pp. 693-711). Philadelphia: WB Saunders.
5. Abdel Rahim AA, Ahmed ME, Hassan MA. Respiratory complications after thyroidectomy and the need for tracheostomy in patients with a large goitre. *Br J Surg.* 1999;86:88-90.
6. Christou N, Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy. *J Visc Surg.* 2013;150:249-256.
7. Kennedy TL. Surgical complications of thyroidectomy. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;14:74-79.
8. Lee YS, Nam KH, Chung WY, et al. Postoperative complications of thyroid cancer in a single center experience. *J Korean Med Sci.* 2010;25:541-545.
9. Jeannon JP, Orabi AA, Bruch GA, et al. Diagnosis of recurrent laryngeal nerve palsy after thyroidectomy: a systematic review. *Int J Clin Pract.* 2009;63:624-629.
10. Hermann M, Roka R, Richter B, et al. Reoperation as treatment of relapse after subtotal thyroidectomy in Graves' disease. *Surgery.* 1999;125:522-528.
11. Netterville JL, Aly A, Ossoff RH. Evaluation and treatment of complications of thyroid and parathyroid surgery. *Otolaryngol Clin North Am.* 1990;23:529-552.
12. Bucak, A., Ayçiçek, A. (2014). Tiroid Kanseri Cerrahisinin Komplikasyonları. Hakan Çankaya (Ed.), *Türkiye Klinikleri Kulak Burun Boğaz Kanseri Cerrahisi Komplikasyonları Özel Sayısı* içinde (s. 57-62). Ankara: Orta Doğu Reklam Tanıtım Yayıncılık

Bölüm 3

MENİERE HASTALIĞINDA GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Deniz AVCI¹

GİRİŞ

İlk kez Prospero Meniere tarafından 1861 yılında tanımlanan Meniere hastalığı tekrarlayan baş dönmesi atakları (epizodik vertigo), başlangıçta dalgalanmalar gösteren sonradan sabitleşen genellikle tek taraflı sensörinöral işitme kaybı, tinnitus, genellikle nöbetlerin habercisi olan kulakta dolgunluk ve basınç hissi ile karakterize idiopatik endolenfatik hidrops durumudur (1). Atak sırasında bulantı kusma görülmekte olup en belirgin bulgu horizontal tarzda nistagmustur (2). Harris ve arkadaşları (ve ark.) 2010 yılında yaptıkları çalışmada Meniere hastalığı prevalansını 100.000'de 190 olarak bildirdiler (3). Erkeklerde kadınlardan daha sık görülmekte olup 40-60 yaş arası pik yapar (1).

Hastalığın temel patolojisi membranöz labirentte endolenfatik hidropstur. Bunun ana nedeninin endolenfin üretiminde artma ya da emiliminde azalma olduğu düşünülmektedir. Atak sırasında membranöz labirentte hidropsa bağlı yırtık oluşması sonucu semptomların geliştiği zannedilmektedir (4).

Meniere hastalığı günümüzde semptomlarının çok iyi bilinmesine rağmen spesifik testlerinin olmaması nedeniyle tanı konulması zor bir hastalıktır. Meniere hastalığı tanısında bazı kriterler, odyolojik testler (saf ses odyometri, gliserol testi, video

¹ Uzman Doktor, Nevşehir Devlet Hastanesi KBB Kliniği, deniz.avci@hotmail.com

3. İTK ile başarı sağlanamazsa ve yeterli işitme varsa konservatif cerrahi tedavi olarak endolenfatik kese cerrahisi uygulanır. Bundan da yanıt alınamazsa veya öncesinde yeterli işitme yok ise destrüktif medikal tedavi olarak İTG uygulanır. Buraya kadar ki aşamalarda %90-95 başarı sağlanır.
4. %5-10 hastada hiçbir yöntem ile başarı elde edilemeyebilir. Bu hastalarda inatçı vertigo krizleri devam ediyorsa destrüktif cerrahi tedavilerden işitme yeterli düzeyde ise vestibüler nörektomi, işitme yeterli düzeyde değilse labirentektomi +/- koklear implantasyon (işitme rehabilitasyonu için) uygulanır.

BİLATERAL MENİERE HASTALIĞI TEDAVİSİ

İki taraflı Meniere hastalığı için spesifik veriler bulunmamasıyla birlikte %2-47 arasında görülmektedir. İlk kulaktaki Meniere hastalığından birkaç yıl sonra ikinci kulakta da ortaya çıkan hastalıkta bilateral Meniere hastalığından bahsedilir (31). Bilateral Meniere hastalığı destrüktif tedavilerden ziyade konservatif bir yol ile tedavi edilmelidir. Yani İTG'den ziyade İTK önerilmektedir. Cerrahi olarak ise tartışmalı olsa bile en iyi seçenek endolenfatik kese cerrahisidir (7).

Sonuç olarak tekrarlayan baş dönmesi atakları (epizodik vertigo), başlangıçta dalgalanmalar gösteren sonradan sabitleşen genellikle tek taraflı sensörinöral işitme kaybı, tinnitus, genellikle nöbetlerin habercisi olan kulakta dolgunluk ve basınç hissi ile karakterize bir durumda Meniere hastalığı araştırılmalı ve tanı konulduktan sonra bu hastalığın güncel tedavi yaklaşımları ile tedavi edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akyıldız, NA. (2002). Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi II. Necmettin Akyıldız (Ed.), *Meniere Hastalığı* içinde (s. 151-186). Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi
2. Schessel, D.A. (2005). Meniere's disease and other peripheral vestibular disorders. In: Cummings, CW, Jr., Haughey, B.H., Thomas, J.R. (Eds.), *Cum-*

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

- mings' Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. (4th ed., pp. 3209-3253). Philadelphia: Mosby.
3. Harris JP, Alexander TH. Current-day prevalence of Meniere's syndrome. *Audiol Neurootol*. 2010;15:318-322.
 4. Schuknecht, H.F., Igarashi, M. (1986). Pathophysiology of Meniere disease. In: Pfaltz, C.R. (Ed.), *Controversial aspects of Meniere's disease*. (pp. 46-54). New York: George Thieme.
 5. Özdemir S, Onan E. Current Approaches to Diagnosis and Treatment for Meniere's Disease. *Archives Medical Review Journal*. 2019;28:170-176.
 6. Goebel JA. 2015 Equilibrium Committee Amendment to the 1995 AAO-HNS Guidelines for the Definition of Meniere's Disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;154:403-404.
 7. Nevoux J, Barbara M, Dornhoffer J, et al. International consensus (ICON) on treatment of Meniere's disease. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2018;135:29-32.
 8. Shea PF, Richey PA, Wan JY, et al. Hearing results and quality of life after streptomycin/dexamethasone perfusion for Meniere's disease. *Laryngoscope*. 2012;122:204-211.
 9. Luxford E, Berliner KI, Lee J, et al. Dietary modification as adjunct treatment in Meniere's disease: patients willingness and ability to comply. *Otol Neurotol*. 2013;34:1438-1443.
 10. Ihler F, Bertlich M, Sharaf K, et al. Betahistine exerts a dose-dependent effect on cochlear stria vascularis blood flow in guinea pigs in vivo. *PLoS One*. 2012;7:e39086.
 11. Adrion C, Fischer CS, Wagner J, et al. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial). *BMJ* 2016;352:h6816.
 12. Kıroğlu MM, Dağkiran M, Özdemir S, et al. The Effects of Betahistine and Dimenhydrinate on Caloric Test Parameters; Slow-Phase Velocity of Nystagmus. *J Int Adv Otol*. 2014;10:68-71.
 13. Nauta JJ. Meta-analysis of clinical studies with betahistine in Meniere's disease and vestibular vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271:887-897.
 14. Magnan J, Özgirgin ON, Trabalzini F, et al. European Position Statement on Diagnosis, and Treatment of Meniere's Disease. *J Int Adv Otol*. 2018;14:317-321.
 15. Philips JS, Westerberg B. Intratympanic steroids for Meniere's disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7:CD008514.
 16. Boleas-Aguirre MS, Lin FR, Della Santina CC, et al. Longitudinal results with intratympanic dexamethasone in the treatment of Meniere's disease. *Otol Neurotol*. 2008;29:33-38.
 17. Patel M, Agarwal K, Arshad Q, et al. Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Meniere's disease: a randomi-

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

- sed, double-blind, comparative effectiveness trial. *Lancet*. 2016;388:2753-2762.
18. Syed MI, Ilan O, Nassar J, et al. Intratympanic therapy in Meniere's syndrome or disease: up to date evidence for clinical practice. *Clin Otolaryngol*. 2015;40:682-690.
 19. Prezant TR, Agapian JV, Bohlman MC, et al. Mitochondrial ribosomal RNA mutation associated with both antibiotic-induced and non-syndromic deafness. *Nat Genet*. 1993;4:289-294.
 20. Sennaroglu L, Sennaroglu G, Gursel B, et al. Intratympanic dexamethasone, intratympanic gentamicin and endolymphatic sac surgery for intractable vertigo in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;125:537-543.
 21. Kitahara T, Kubo T, Okumura S, et al. Effects of endolymphatic sac drainage with steroid for intractable Meniere's disease: a long-term follow-up and randomized controlled study. *Laryngoscope*. 2008;118:854-861.
 22. Wick CC, Manzoor NF, McKenna C, et al. Long-term outcomes of endolymphatic sac shunting with local steroids for Meniere's disease. *Am J Otolaryngol*. 2017;38:285-290.
 23. Silverstein H, Wanamaker H, Flanzer J, et al. Vestibular neurectomy in the United States--1990. *Am J Otol*. 1992;13:23-30.
 24. Silverstein H, Jackson LE. Vestibular nerve section. *Otolaryngol Clin North Am*. 2002;35:655-673.
 25. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1:CD005397.
 26. van Esch BF, van der Scheer-Horst ES, van der Zaag-Loonen HJ, et al. The Effect of Vestibular Rehabilitation in Patients with Meniere's Disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156:426-434.
 27. Edelman S, Mahoney AE, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial. *Am J Otolaryngol*. 2012;33:395-401.
 28. van Sonsbeek S, Pullens B, van Benthem PP. Positive pressure therapy for Meniere's disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;3:CD008419.
 29. Kiroğlu O, Sürmelioglu Ö, Kiroğlu M. Effects of Selective Seratonine Re-Uptake Inhibitors on Meniere's Disease. *J Int Adv Otol*. 2017;13:276-278.
 30. He J, Jiang L, Peng T, et al. Acupuncture Points Stimulation for Meniere's Disease/Syndrome: A promising Therapeutic Approach. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016;2016:6404197.
 31. House JW, Doherty JK, Fisher LM, et al. Meniere's disease: prevalence of contralateral ear involvement. *Otol Neurotol*. 2006;27:355-361.

Bölüm 4

KULAK BURUN BOĞAZDA ÇENE EKLEM HASTALIKLARI

Kemal KEF

GENEL BİLGİLER

Kulak ağrısı, polikliniğe başvuruda önemli ve sık bir sebeptir. Kulak kaynaklı ağrı sebeplerinin yanında, komşu doku ve organlara bağlı gelişen ağrılar da olabilir. Farenks, dil, oral kavite, larenks tümörleri kulağa yansıyan ağrı oluşturabilir. Diş kökenli ağrılar da kulağa yansıyabilir. Kişilerin yeme alışkanlıkları, çiğneme kaslarını kötü kullanmaları da kulak ağrısı sebebi olabilir.

Çene eklemine kulağa olan yakınlığı nedeniyle hastaların büyük bölümü kulak burun boğaz polikliniğine gelmektedir. Hastalar daha çok kulak ağrısı yakınması ile başvurur. Çoğu hasta, bu ağrılarının kulak kaynaklı olduğunu düşünür. Bu hastaların büyük bir çoğunluğuna gittikleri kurumlarda tanı, kulak ağrısına bağlı gibi düşünülerek yanlış tedavi uygulanır. Çene eklem hastalarının sayısı sanıldığından daha siktir. Ancak çene eklem problemi olduğunu fark edebilen veya bu tanıyla takip edilen az sayıda hasta vardır.

Çene eklemi, hemen dış kulak yolu önünde yerleşmiştir. Temporal kemiğin skuamöz bölümü ve mandibula kondili arasındadır. Sinovyal, diartrodial bir eklemdir. Eklem alt tarafını mandibula kondili, üst tarafını ise temporal kemikteki glenoid fossa ve eminensia artikularis oluşturur. Arada bikonkav şekilli, fibroelastik yapıda kırıkdak bir disk vardır. Disk diskin ön bölümü 2

Çene eklem hastalığı, eklemin kendisinde ve çevresinde bulunan birçok yapının patolojisi sonucu oluşabilir. Romatizmal, metabolik, nörolojik, psikiyatrik hastalıklar, maligniteler, travmalar, kötü çiğneme ve yanlış çene kullanımı gibi bir çok sebeple eklem hastalığı ortaya çıkabilir. Kulak burun boğaz hekimliğinde de gittikçe artan oranda polikliniğe başvuru sebebi olmaktadır. Bu nedenle bilgi ve deneyimin paylaşılması ve öğrenme sürecinin sürdürülmesi önem taşır. Çene eklem muayenesi KBB polikliniklerinde de yapılmalıdır. Eklem hastalığı ile gelen hastalarda multidisipliner yaklaşım içinde Kulak Burun Boğaz uzmanları da yer almalı ve tedavinin planmasında rol oynamalıdır. Uzun süre sebebi açıklanamayan otalijelerde, baş ağrılarında, kaslara bağlı yüz asimetrisinde çene eklem hastalığı akla gelmelidir. Hastalar için en hızlı ve iyi tedavi, ilgili branşlarla işbirliği içinde planlanarak yapılan tedavidir.

KAYNAKLAR

1. Katzberg RW, Westesson P-L, Tallens RH, et al. Temporomandibular joint assesment of rotational and sideways disc displacement. Radiology 1988: 741-748.
2. Murali RV, Rangarajan P, Mounissamy A. Bruxism: conceptual discussion and review. J Pharm Bioallied Sci. 2015;7:26570.
3. Darien IL. Sleep related bruxism. In International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Chicago, Illinois, American Academy of Sleep Medicine, 2014.
4. Saito M, Yamaguchi T, Mikami S, Watanabe K, Gotouda A, Okada K et al. Temporal association between sleep apneahypopnea and sleep bruxism events. J Sleep Res. 2014;23:196203.
5. Hüseyin A, Çene Radyolojisi, Baş Ve Boyun Radyolojisi, MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, s. 119-155.
6. Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. J Can Dent Assoc. 2015;81:2.
7. Kef, Kemal. Çene Eklemi (Temporomandibüler Eklem) Hastalıkları - Türk Kulak Burun Boğaz Ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı, 2010, www.tkbbv.org.tr/menu/66/cene-eklemi-temporomandibuler-eklem-hastaliklari-op-dr-kemal-kef.
8. Önerci M. Kulak Burun Boğaz hastalıkları Tanı ve Tedavide İlk Adım Ankara 2002; 78-83.

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

9. Reddy SV, Kumar MP, Sravanthi D, Mohsin AH, Anuhya V. Bruxism: a literature review. *J Int Oral Health*. 2014;6:1059.
10. Sapiro SM. Tongue indentations as an indicator of clenching. *Clin Prevent Dent*. 1992; 14: 21-4. Kataoka K, Ekuni D, Mizutani S, Tomofuji T, Azuma T, Yamane M et al. Association between self reported bruxism and malocclusion in university students: a crosssectional study. *J Epidemiol*. 2015;25:42330.
11. Kurtoğlu C, Gür OH, Kürkçü M. Sertdemir Y, Güler-Uysal F, Uysal H. Effect of botulinum toxin-A in myofascial pain patients with or without functional disc displacement. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:1644-1651.
12. Blitzer A, Benson BE, Guss J. *Botulinum Neurotoxin for Head and Neck Disorders*. Thieme NewYork 2012.
13. Conti PC, dos Santos CN, Kogawa EM de Castro Ferreira Conti AC de Araujo Cdos R. The treatment of painful temporomandibular joint clicking with oral splints: a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 1108-1114.
14. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*. 2013;40:24.
15. DuPont Jr JS, Brown CE. Occlusal splints from beginning to the present. *J Craniomandibular Pract* 2006; 24: 141-145.
Hasta ve MR görüntüleri yazarın kendi poliklinik hastalarına aittir. Hastalardan yazılı onam alınmıştır.
Çizimler Doç.Dr. Cenk Kılıç tarafından yapılmıştır.

Bölüm 5

BAŞ BOYUN TÜMÖRLERİNDE GÜNCEL EVRELEME

Sanem Okşan ERKAN¹

GİRİŞ

Kanser evrelemesi vücuttaki tümörün yerini ve yaygınlığını ifade eder. Evrelemenin hekim tarafından belirlenmesi hastalığın prognozu, tedavi planı, klinikler arası ortak dilin konuşulması ve klinik çalışmaların anlaşılabilirliği ve yorumlanması açısından oldukça önemlidir. Evrelemenin tipleri şu şekildedir:

1. Klinik evreleme: Fizik muayene, radyolojik tetkikler ve biyopsi ile saptanan kansere dayanır.
2. Patolojik evreleme: Cerrahi yapılmış hastalarda klinik evreleme ve cerrahi sonuçlarının kombinasyonuna dayanır.
3. Postterapi ve post-neoadjuvant terapi evrelemesi: Cerrahiden önce kemoterapi, hormon terapi ya da radyoterapi alan ya da cerrahi yapılmaksızın sadece bu tedavileri alan hastalarda kalan kanseri klinik ve patolojik evrelemelerine göre gösterir.
4. Re-staging (yeniden evreleme): Tedavi sonrasında nüks durumunda kullanılır ve en iyi tedavi modalitesini saptamaya yarar.

Evrelemenin dayandığı faktörler şunlardır:

a-Primer tümörün yeri

b-Tümör boyutu ve yaygınlığı(T)

¹ Dr. Sanem Okşan Erkan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
sanemyilmaz67@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. AJCC (2019). What is cancer staging? (08/07/2019 tarihinde cancerstaging.org/references-tools/.../Pages/default.aspx adresinden ulaşılmıştır)
2. Amin, M.B.(et al.) (2017) . *AJCC Cancer Staging Manual*.(8th Edition). Chicago IL : Springer.
3. Amin, MB, Greene, FL, Edge, SB, Compton ,CC, Gershenwald ,JE, Brookland, RK, et al.(2017). The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to Build a Bridge From a Population-Based to a More “Personalized” Approach to Cancer Staging. *Ca Cancer J Clin* , 67(2), 93–99.