

Bölüm 16

AKUT OTİT VE KOMPLİKASYONLARI

Süheyla KANDEMİR¹

GİRİŞ

Akut otitis media (AOM) orta kulak ve temporal kemiğin mastoid hava hücreleri ile östaki tüpünü kaplayan mukozanın ani başlangıçlı enfeksiyonuna denir. Çocukluk döneminde özellikle ilk 2 yaşta sıktır; pik dönem 6-12 ay arasındadır ve yüksek antibiyotik reçete oranlarından sorumludur (1). Yaşla birlikte orta kulak ve östaki tüpünün anatomik ve fizyolojik fonksiyonları düzeldiği için görülme oranı azalmaktadır.

ETYOPATOGENEZ

AOM olgularının büyük kısmında patojen orta kulağa östaki tüpü yoluyla gelir. Östaki tüpü orta kulağın havalanmasını ve basınç eşitlemesini sağlar. Orta kulakta oluşan sekresyonların drenajını sağlar ve nazofarenksteki sekresyonların orta kulağa ulaşmasını önler. Östaki tüpünde tıkanıklık ve enflamasyon yapan sebepler orta kulak havalanmasını ve drenajını bozabilir. En sık gördüğümüz sebepler; üst solunum yolu enfeksiyonları, alerji, adenoid hipertrofisidir. Ayrıca orta kulağa patojenler kulak zarı perforasyonu ya da kan yoluyla da gelmektedir.

Risk faktörleri

- Erkek cinsiyet
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Yarı damak veya diğer kraniyofasiyal anomalilerin mevcudiyeti
- Pasif sigara içiciliği

- Anne sütü ile beslenmeme
- Kreş-yuva gibi kalabalık ortamlarda bulunma
- Emzik emme
- Alerji

Etken

AOM nın en sık bakteriyel etkenleri Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae ve Moraxella catarrhalis dir (2). Daha nadiren A-grubu beta hemolitik Streptokoklar, Stafilokoklar, diğer bazı bakteri ve virüsler görülür.

TANI

AOM bulgularının en önemli olanı kulak ağrısıdır. Büyük çocuklarda hızlı başlangıçlı kulak ağrısı görülürken; küçük çocuklarda kulağın çekilmesi veya tutulması, aşırı ağlama, ateş, uyku ve davranış değişiklikleri görülür (1). Ayrıca kulakta dolgunluk ve işitme azlığı da olabilir. Otoskopik muayene ile tanı konur. Otoskopik muayenede erken evrede manubrium mallei boyunca hiperemi görülür. Hastalık ilerledikçe kulak zarının tümünde hiperemi ve bombeleşme izlenir ve en önemli AOM bulgusudur. Sonraki aşamalarda kulak zarında perforasyon, pürülan sekresyon ve kanama görülebilir. Pnömotik otoskop ile yapılan muayenede ise timpanik zar hareketleri kısıtlıdır ya da hiç yoktur. Diapozon testleri ile iletim tipi işitme kaybı doğrulanabilir ama çocuklarda uyum sorunu olabilir. Odyometrik inceleme, timpanometri, akustik reflektometri şart değildir, tanıyı destekle-

¹ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzman Doktor, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, dr.suheyla_bostan@hotmail.com

Subdural Apse

Orta kulaktaki enfeksiyonun dura ile araknoid arasına yayılmasıyla oluşur. Komşu venöz kanalların tromboflebiti ile oluşur. Nadir görülür fakat mortalitesi yüksektir. Hastaların klinik tablosu ağırdır. Ateş, şiddetli baş ağrısı, konvülzyon, somnolans ve stupor görülür. Fokal nörolojik bulgular göstermesiyle menenjitten ayrılır. Tanıda kontrastlı MRI inceleme lezyonu göstermede en duyarlı görüntüleme yöntemidir. Tedavi acil cerrahi yapılmalıdır. Subdural boşluktaki pürülan mayi kraniyotomi veya tur deliği ile boşaltılmalı ve boşluğun irrigasyonu yapılmalıdır. Bu işlemler beyin cerrahisi ile birlikte yapılır. Medikal tedavide parenteral antibiyotik, antikonvülzanlar ve kortikosteroidler verilir. Prognoz tanının erken konulup drenajın hızlı olmasına bağlıdır.

Beyin Apsesi

Enfeksiyonun beyin içine yayılması sonucu ortaya çıkar. Beyin apsesi orta yaş erkeklerde daha sık görülür (16). Otitis medianın en mortal komplikasyonudur. En sık temporal lob tutulur. Bunu serebellum izler. Etken mikroorganizma aerob ve anaeroblardan oluşan polimikrobiyaldir. Beyin apseleri klinik olarak dört evrede incelenir.

1. Başlangıç evresi: Hafif ateş, bulantı, kusma, halsizlik ve baş ağrısı vardır. Bu semptomlar genellikle önemsenmez.

2. Latent evre: Klinik olarak tamamen sessizdir. Halsizlik ve iştahsızlık vardır. İlk 2 evrede serebrit ve ensefalit dönemine ait bulgular vardır. Bulgular nonspesifiktir.

3. Manifest evre: Serebrit bölgesinde apse gelişir. 2. haftadan sonra ortaya çıkar. Yüksek ateş, baş ağrısı ve fokal nörolojik belirtiler ortaya çıkar.

4. Terminal evre: Apsenin ventrikül içine veya subaraknoid boşluğa rüptürü olur. Mortalite ile sonuçlanır.

Tanı kontrastlı BT ve MRI ile konulur. Tedavisi yüksek doz antibiyotik, mannitol ve sıvı kısıtlamasından oluşan antiödem tedavidir. Hasta stabil hale gelince cerrahi olarak aspirasyon, açık drenaj ve eksizyon yapılır.

Otitik Hidrosefali

Orta kulak enfeksiyonu olan hastada kafa içinde enfeksiyon ve apse olmaksızın intrakraniyal

basınç artışı görülür. Nadir bir komplikasyondur. Patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Hastada kafa içi basınç artışında görülen baş ağrısı, kusma, bilinç bulanıklığı ve diplopi vardır (17). Göz dibi muayenesinde papil ödem izlenir. Tanıda BOS ta basınç artışı dışında bulgu yoktur. Tedavi primer hastalığın tedavisi ve intrakraniyal basıncı azaltmak gerekir.

SONUÇ

Akut otitis media günümüzde en çok tanı alan ve tedavi edilen hastalıkların başında gelmektedir. Hastalığı tanımak kadar komplikasyonları da tanımak çok önemlidir. Temporal kemik önemli yapılarla komşuluk yapmaktadır. Bu nedenle otitis mediaya bağlı komplikasyonlar tanı ve tedavinin gecikmesi durumunda morbiditesi ve mortalitesi yüksek hastalıklardandır. Ayrıntılı anamnez ve tam bir kulak burun boğaz muayenesine ek olarak radyolojik testler ve görüntüleme yöntemleriyle komplikasyonlara erken tanı koymak mümkündür.

KAYNAKÇA

1. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013 Mar; 131(3):e964-99.
2. Kaur R, Czup K, Casey JR, et al. Correlation of nasopharyngeal cultures prior to and at onset of acute otitis media with middle ear fluid cultures. *BMC Infect Dis*. 2014 Dec 5; 14:640.
3. Holstiege J, Garbe E. Systemic antibiotic use among children and adolescents in Germany: a population-based study. *Eur J Pediatr*. 2013 Jun; 172(6):787-95.
4. Kaleida PH, Casselbrant ML, Rockette HE, et al. Amoxicillin or myringotomy or both for acute otitis media: results of a randomized clinical trial. *Pediatrics*. 1991 Apr; 87(4):466-74.
5. Piglansky L, Leibovitz E, Raiz S, et al. Bacteriologic and clinical efficacy of high dose amoxicillin for therapy of acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2003 May; 22(5):405-13.
6. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004;113(5):1451-1465.
7. Mattos JL, Colman KL, Casselbrant ML, et al. Intratemporal and intracranial complications of acute otitis media in a pediatric population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78: 2161-4.
8. Van den Aardweg MT, Rovers MM, De Ru JA, et al. A systematic review of diagnostic criteria for acute mastoiditis in children. *Otol Neurotol* 2008;29: 751-7.
9. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985 Apr; 93(2):146-7.

10. Kamitsuka M, Feldman K, Richardson M. Facial paralysis associated with otitis media. *Pediatr Infect Dis*. 1985 Nov-Dec; 4(6):682-4.
11. Cureoglu S, Schachern PA, Rinaldo A, et al. Round window membrane and labyrinthine pathological changes: an overview. *Acta Otolaryngol*. 2005 Jan; 125(1):9-15.
12. Chole RA, Sudhoff HH, Flint PW, et al. Chronic otitis media, mastoiditis, and petrositis. *Cummings otolaryngology head and neck surgery*. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby; c2010. pp. 1963–1978.
13. Dubey SP, Larawin V, Molumi CP. Intracranial spread of chronic middle ear suppuration. *Am J Otolaryngol*. 2010 Mar-Apr; 31(2):73-7.
14. I. Bielecki, M. Cofala, J. Mierzwinski. Otogenic lateral sinus thrombosis in children, *Otol. Neurotol*. 2011 Sep;32(7):1111-5.
15. Dew LA, Shelton C. Complications of temporal bone infections. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, et al. *Otolaryngology head & neck surgery*. St Louis: Mosby; 1998. p. 304775.
16. Wanna GB, Dharamsi LM, Moss JR, et al. Contemporary management of intracranial complications of otitis media. *Otol Neurotol* 2010; 31: 111-7.
17. Tomkinson A, Mills RG, Cantrell PJ. The pathophysiology of otitic hydrocephalus. *J Laryngol Otol* 1997;111:757 - 9.