

STAPES CERRAHİSİ

Erol ŞENTÜRK¹

Vaka Sunumu

Otuz yedi yaşında kadın hasta polikliniğe tek taraflı işitme kaybı ve kulak çınlaması şikayetiyle başvurdu. Çınlamanın özellikle sessiz ortamlarda arttığını ifade etti. İşitme kaybı ise evde ve sokakta sosyal yaşantısını etkileyecek derecedeydi. Baş dönmesinin hiç olmadığını belirtti.

Özgeçmiş

Hastanın annesinde de benzer şikayetlerin olduğu fakat uzun yıllardır işitme cihazı kullandığı öğrenildi. Kız kardeşinde ise daha yeni yeni şikayetlerin başladığı fakat henüz muayene olmadığı öğrenildi. Hastanın bilinen başka bir ek hastalığı yoktu.

Anamnez

Anamnezinde işitme kaybının son yıllarda özellikle de doğum yaptıktan sonra giderek arttığını ifade etti. Gürültü ortamlarda yanındakileri daha iyi duyuyordu. Ev hanımı olduğu, akut ya da kronik şiddetli bir gürültüye maruz kalmadığı öğrenildi. Başka bir kronik rahatsızlığı nedeniyle herhangi bir ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hasta bu şikayetle başka bir kliniğe başvurmuş ve akut seröz otitis media tanısıyla tedavi düzenlenmişti. Yakın zamanda geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu hikayesi yoktu.

Fizik Muayene

Fizik muayenede sağlıklı bir dış kulak yolu ve timpanik membran görüldü. Timpanik membranlar mat değildi. Timpanik membranda herhangi bir hiperemi saptanmadı. 512 Hz diyapozonla yapılan Rinne sol kulakta negatif (-) idi. Sağ kulakta Rinne pozitif (+) olarak bulundu. Weber sola lateralize olarak bulundu.

Görüntüleme ve Laboratuvar

Tam bir odyolojik test bataryası ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme istendi. BT'de semisirküler kanal dehissansı, konjenital orta kulak ano-

¹ Dr. Öğr. Üyesi Erol ŞENTÜRK, Bezmialem Vakıf Üniversitesi / İstanbul Kulak Burun Boğaz Bölümü. erolsent@gmail.com

fenestraya yerleştirilir. Sonra protez ile yağ grefti sabitlenir. Postoperatif baş yine elevasyonda tutulur. Beyin-omurilik sıvı basıncını azaltmak için spinal bos drenajı gerekebilir. Tüm bunlara rağmen sensörinöral işitme kaybı riski vardır.

Kemik Zincir Problemleri: Manipülasyonlar sırasında inkudomalleolar dislokasyon oluşabilir. Dikkatli bir şekilde inkusu doğal yerine yerleştirmek yeterlidir.

Yüzen Oval Taban: Stapes suprastriktürünün kırılması sırasında tüm oval tabanın hareketlenmesi şeklinde olur. Fenestrasyon yapılmadan önce stapes suprastriktür kırma işlemi yapılırsa risk artar. Yüzen taban oluşmuş ise, tabanın promontorium tarafına minimal bir fenestra açılarak taban bir huk yardımıyla dışarı alınabilir. Eğer oval taban parçaları vestibüle düşmüş ise dışarı çıkarmaya çalışılmamalıdır.

Persistan Stapedial Arter: Stapedial tabanda kalmış küçük bir stapedial arter prosedür devamına izin verebilir fakat oval tabanı dolduran ve fenestrasyona izin vermeyen persiste arter görüldüğünde işlemi durdurmak ve hastayı amplifikasyona yönlendirmek gerekebilir.

Yuvarlak Pencere Otoklerozu: Minimal otokleroz durumunda işleme devam edilebilir fakat obliteratif bir yuvarlak pencere otoklerozunda drill ile yuvarlak pencereyi açmaya çalışmak sensörinöral işitme kaybı yaratabileceğinden işleme devam edilmemelidir.

Dehissan ve Prolabe Fasiyal Sinir: Bu durumda en önemli şey, dehissansı tanımdır. Bu şekilde enstrümantasyon sırasında daha dikkatli olunur. Bazen fasiyal sinir oval tabana doğru ciddi bir şekilde prolabe olabilir. Bu durumda dehissans da varsa fasiyal sinir künt bir aletle kibar bir şekilde retrakte edilerek fenestrasyon açılabilir. Fasiyal sinir seyrine uygun özel protez kullanmak gerekir ya da var olan protez şekillendirilebilir.

Granülom Formasyonu: Oval pencere üzerinde granülom oluşması, nadiren görülen bir komplikasyondur. Yabancı cisim reaksiyonundan kaynaklandığı düşünülür. Pudrasız eldiven kullanmak ve protezi yerleştirmeden önce yıkamak bu komplikasyonu azaltabilir. Tipik olarak cerrahiden bir hafta sonra oluşur. Erken postoperatif komplikasyondur. Hastalar işitme kaybı ve vestibüler semptomlarla gelebilir. Muayenede posteriosuperior kadranda doluluk görülür. Odiyometride sensör-

inöral işitme kaybı görülür. Tedavide yüksek doz steroid verilebilir. Acil eksplorasyon çoğu zaman gerekir. Granülasyon dokusu temizlenir ve yeni bir protez yerleştirilir. Tüm bunlara rağmen sensörinöral işitme kaybı geri dönmeyebilir.

Perilenfatik Fistül: Fenestrasyon sonrası çoğu hastada iyileşme dokuları fistülü tamir eder. Gref-tin ya da protezin yerinden çıkması tekrar fistül oluşmasına sebep olabilir. Erken ya da geç postoperatif dönemde karşılaşılabılır. Fluktuant işitme kaybı ve vestibüler semptomlarla ile kendini belli eder. Tedavisi acil eksplorasyondur.

KAYNAKLAR

1. D. J. Menger and R. A. Tange, "The aetiology of otosclerosis: A review of the literature," *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, vol. 28, no. 2. *Clin Otolaryngol Allied Sci*, pp. 112–120, Apr-2003.
2. R. Nazarian, J. T. McElveen, and A. A. Eshraghi, "History of Otosclerosis and Stapes Surgery," *Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 51, no. 2. *W.B. Saunders*, pp. 275–290, 01-Apr-2018.
3. G. Holmgren, "The surgery of otosclerosis," *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, vol. 101, no. 7, pp. 546–555, 1992.
4. J. J. Shea, "LXVIII Fenestration of the oval window," *Ann. Otol. Rhinol. ... Laryngol.*, vol. 67, no. 4, pp. 932–951, 1958.
5. B. Isaacson, J. B. Hunter, and A. Rivas, "Endoscopic Stapes Surgery," *Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 51, no. 2. *W.B. Saunders*, pp. 415–428, 01-Apr-2018.
6. S. G. Lesinski, "Revision stapedectomy," *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, vol. 11, no. 5. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, pp. 347–354, Oct-2003.