

ÇOCUKLARDA KRONİK OTİTİS MEDIA CERRAHİ TEDAVİSİNİN SONUÇLARI

Cavit ÖZERİ¹ Adil ERYILMAZ² Erdal SAMİM³
Hakan GÖÇMEN³ Kemal UYGUR⁴ Engin DURSUN⁴
Süleyman BOYNUEĞRİ⁴ Alper SÜZEN⁴

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Şefi, ANKARA.

² Doç. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Şef Yardımcısı, ANKARA.

³ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Başasistanı, ANKARA.

⁴ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Uzmanı, ANKARA.

Özet

Bu çalışmada çocuklarda kronik otitis media (KOM) cerrahisi ve sonuçları tartışıldı. Kliniğimizde 1990-1995 yılları arasında opere ettiğimi 57 çocuktan oluşan toplam 64 vaka retrospektif olarak değerlendirildiğinde anatomik başarılarımız %81 'dir. İşitme sonuçlarına bakıldığında air-bone gap açısından %67 vaka başarılıdır. Mullak işitme açısından ortalama 15 dB kazanç sağlanmıştır.

Anahtar Sözcük : Kronik otitis media, çocuk timpanoplastileri.

RESULTS OF CHRONIC OTITIS MEDIA SURGERY ON CHILDHOOD

Abstract

Chronic otitis media surgery on childhood was revised and discussed. From 1990 to 1995, 64 operation on 57 children that could be followed up was studied retrospectively in ENT clinic of Ministry of Health Ankara Hospital. The anatomical success rate of graft up-take was 81%. Functional results were evaluated as postoperative 0-20 air-bone gap 67% and the hearing gain was 15 decibel.

Key word : Chronic otitis media, childhood tympanoplasty.

Pediyatrik yaş grubunda kronik otit cerrahisi hala tartışmalıdır. Bu konuda çalışan bir çok otorite operasyon endikasyonları, operasyonun uygulanacağı yaş ve seçilecek cerrahi prosedür açısından fikir birliğine varamamışlardır. Bu çalışmada çocuk kronik otitis media cerrahisi prosedürleri ve cerrahisi tartışıldı.

Materyal ve Metod

1990-1995 yılları arasında S. B. Ankara Hastanesi KBB kliniğinde 16 yaş altı 95 çocuğa kulak operasyonu yapıldı. Bunlardan düzenli ve en az 6 ay yeterli takibe gelen, 7 'sinin her iki kulağı da opere 57 çocuktan oluşan toplam 64 vaka çalışmaya grubuna dahil edilmiştir. 49 'u kolesteatomasız kronik otit (NKKOM) , 15 'i de kolesteatomalı kronik otit (KKOM) idi. 57 çocuktan 23 'ü erkek, 34 'ü kızdı. 6-11 yaş arası 12, 12-16 yaş arası 45 hasta mevcuttu. Bu

vakalarda uygulanan cerrahi prosedür ile anatomik ve fonksiyonel sonuçlar ile greft başarısına etki ettiği düşünülen faktörler araştırılmıştır.

İki kulağı da hastalıklı olan vakalarda ilk önce patoloji ve işitme açısından daha kötü olan taraf opere edilmiştir. Operasyonlar yaklaşık 1 senelik akıntısız dönemi takiben uygulanmıştır. Akıntılı kulaklar kültür antibiogramına göre uygun antibiyotik tedavisi sonrası akıntı kesildikten sonra, tedaviye cevap vermeyen ve kolesteatomalı kulaklar bir an önce opere edilmiştir. Her hasta preoperatif tam bir KBB muayenesine tutularak adenoid vejetasyon, deviasyon, sinüzit gibi nedenler ortadan kaldırıldıktan sonra otomikroskopik ve odyolojik olarak değerlendirilmiş ve operasyona hazırlanmışlardır. Cerrahi prosedürler hastanın yaşı, operasyon sırasında patolojinin durumu ve hastanın sosyo-ekonomik durumu göz önüne alınarak seçilmiştir. Mastoidektomi hastaların

büyük bir çoğunluğuna basit olarak uygulanmıştır. Greft olarak tüm olgularda otogreft temporal adele fasiyası kullanılmıştır. Operasyonlar büyük ve koopere çocuklarda lokal anestezi altında, diğerlerinde genel anestezi altında yapılmıştır. Cerrahi prosedürler dış kulak yolu (DKY) arka duvarının arka kenarının alınıp alınmamasına göre açık (Canal wall down-CWD) ve kapalı (canal wall up-CWU) prosedürler olarak sınıflandırılmıştır. Operasyonların büyük çoğunluğu eğitim programı çerçevesinde uzman doktor nezaretinde asistanlar tarafından yapılmıştır. Vakaların %25 'i uzmanlar tarafından yapılmıştır. Hastalar postoperatifi 1. ay, 3.ay, 6. ay ve 1 sene ve sonrasında senede 1 kez anatomik ve fonksiyonel açıdan otomikroskopik ve odyolojik olarak takip edilmişlerdir. Anatomik ve fonksiyonel açıdan başarı 6. ay ve en son bulgular kriter alınarak ortaya konulmuştur.

Bulgular

Toplam 64 vakanın %23 'ü KKOM, %64 'ü kuru perforasyonu olan otit sekeli vakaları ve %13 'ü de akıntısı medikal tedavi ile kontrol altına alınamayan granülan otit vakaları idi.

Mukoza görüntüsü olarak her iki grupta da en çok normal mukoza ile karşılaşıldı. NKKOM 'da %41 vakada normal mukoza, %22 hipertrofik, %16 granüle, %16 hyalenize mukoza ile karşılaşılmıştır. KKOM 'da %47 normal mukozaya, %27 hipertrofiye, %20 granülasyona rastlanmıştır. Tos, serisinde (1) ortakulak mukozasının %56 vakada normal, %11 hipertrofik, %14 granüle olduğunu bildirmiştir.

NKKOM grupta %61 vakada kemikçik intak, %53 'ünde mobil olarak bulunmuştur. En sık inkuş uzun kolu (%20) ve malleus manibrium (%16) defektine rastlanmıştır. Stapedial fiksasyon, özellikle otit sekeli vakaları içerisinde değerlendirdiğimiz timpanoskleroz vakaları başta olmak üzere %24 ile en sık rastladığımız fiksasyon olmuştur. Bulgularımız diğer serilerle uyumludur (1). KKOM 'da intakt kemik zincirine hiç rastlanmamış; defekt olarak da en sık stapes süpertrüktürünün yokluğu ile karşılaşılmıştır (%53).

Osiküloplastisi yapılan vakalarda sınıflandırma, Tos tarafından önerilip bir çok otör tarafından da kabul gören sisteme göre yapılmıştır (2). Buna göre NKKOM grupta en çok uygulanan prosedür, %51 vakada uygulanan Tip-1 CWU prosedürüdür. KKOM grupta en çok uygulanan prosedür %47 ile radikal mastoidektomi (RM) 'dir. Difer prosedürlerin dağılımı **tablo-1** 'de sunulmuştur.

Tablo 1.

	KKOM		NKKOM	
	n	%	n	%
CWU				
Miringoplasti	-		4	8
Tip 1 timpanoplasti	-		25	51
Tip 2 timpanoplasti	-		8	16
Stapedektomi	-		1	2
CWD				
Tip 3 timpanoplasti	-		1	2
RM	7	47	2	4

NKKOM grubunda ileri patoloji ve mukoza harabiyeti nedeni ile 8 kulakta iki kademeli operasyon planlanmış, bunların 4 'ünün ikinci kademesi tamamlanmış, 4 vakanın henüz süreleri dolmamıştır. KKOM 'da CWU prosedür yapılan vakaların tamamı (5 vaka) kademeli planlanmış, CWD prosedürden de 3 vakaya kademeli operasyon planlanmıştır. Toplam 8 vakaya kademeli operasyon planlanmış, bunlardan ikisinin kademesi tamamlanmıştır.

KKOM 'da RM yapılan 7 vakada kolesteatom tüm orta kulağı sarmış ve kemikçikleri harap etmişti. NKKOM grupta da 2 vakada orta kulakta ileri derecede granülasyon mevcuttu ve kemikçikler, stapes süperstrüktürü dahil, erimişti. Bu nedene RM yapılmak zorunda kalındı.

Greft başarısında kriter olarak, greftin anulusta normal pozisyonunda olmasını, lateralizasyon, perforasyon ve retraksiyon göstermemesi durumunu aldık. Bunların olması bir çok seride başarısızlık olarak değerlendirilmiştir (3-7). Bunları esas alarak vakalarımızda 1. ay, 6.ay ve uygun vakalarda 1. ve 2. sene greft başarısını araştırdık. 64 vakadan RM yapılan 9 vaka hariç, 55 vakaya greft tabik edilmiştir. Erken dönem greft başarımız %85, geç dönem başarımız %81 'dir (**Tablo 2**).

Tablo 2.

	n	Başarılı	%
1. ay (erken dönem)	55	47	85
6. ay (geç dönem)	55	45	81
1. sene	31	29	94
2. sene	19	15	79

4 vakada erken dönemde (1.ay) yetmezlik varken, geç dönemde bunların spontan kapandığı görülmüştür.

Perforasyon büyüklüğü %25, %25-%50, subtotal ve total olarak gruplandırıp; perforasyon

büyüklüğü ile greft başarısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. 6. aydaki greft durumu gözönüne alınarak bakıldığında %25 'e kadar olan perforasyonların %88 'i, %25-50 arasındakilerin %72 'si, subtotallerin %60 'ı, totallerin %77 'si başarı ile kapatılmıştır.

Perforasyon yerine bakıldığında, en çok rastladığımız perforasyonlar %40 ile total perforasyonlar, %27 ile posteroinferior perforasyonlardır. Diğer perforasyon dağılımları yaklaşık olarak eşittir.

En sık rastladığımız komplikasyon %12,5 ile perforasyonlardır. Burada kriter olarak 6. ay sonuçlarını aldık. Bazı serilerde takip süresinin artması ile perforasyonların arttığı bildirilmiştir. %3 vakada retraksiyon gelişmiş ve ventilasyon tüpü takılarak takibe alınmıştır. 3 hastada meydana gelen DKY defekti tabula eksternadan alınan kemik lamelleri ile başarı ile tamir edilmiştir. 2 hastada tur gürültüsüne bağlı olarak 4-6 kHz 'de sensörinöral işitme kaybı meydana gelmiştir.

Tablo 4.

	Mutlak İşitme		ABG		İşitme Kazancı			Bozulan
	0-20 dB	0-30 dB	0-10 dB	0-20 dB	1-10 dB	>10 dB	> 20 dB	
preop.	2	8 (%18)	2	10 (%23)	-	-	-	-
postop.	4	17 (%40)	5	29 (%67)	2	32	15	6 (%14)

İşitme sonuçları için 2. kademesi tamamlanan vakalar ve tek seansta ossiküloplasti yapılan vakalar alınmış, radikal mastoidektomi opeasyonu geçirenler ve 2. kademesi tamamlanmamış vakalar çıkarılmıştır. RM yapılan vakaların ortalama mutlak işitme seviyeleri 43 dB ve hepsinin ABG 'i 30 dB üstünde idi.

Başarı kriteri olarak mutlak işitmesi sosyal işitme seviyesi olan 30 dB ve altında duyan vakaları ve ABG 'i 20 dB 'den daha az olan vakaları aldık. Mutlak işitme açısından preoperatif hastaların ancak %18 'i 30 dB altında duyarken, postoperatif bu oran %40 olmuştur.

Yine postoperatif ABG 'i 20 dB altınd olan vakalar %23 iken postoperatif bu oran %67 'ye çıkmıştır.

İşitme kazancı açısından 20 dB üstü kazanç sağlanan hasta oranı %35, 10 dB 'den fazla kazanç sağlanan hasta oranı %74 'tür. 6 hastada işitme daha da kötüleşmiştir (%14).

Tartışma

Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu sıklığı ve sık akut otitis media atakları, östaki fonksiyonun iyi olmaması, dar DKY ve teknik

Granüler otitli 1 hastada orta kulakataki granülasyonlar temizlenirken fasial sinir kanalı piramidial segmentte açılmış ve hastaya fasial dekompresyon uygulandığında sinirde kesiye rastlanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3.

	n	%
Perforasyon	8	12,5
Retraksiyon	2	3
Postop 3-4 kHz SNİK	2	3
Fasial paralizi	1	2
DKY defekti	3	5

İşitme sonuçları hastaların 6. ay mutlak işitmeleri, air-bone gap (ABG) ve kazançları gözönüne alınarak saptanmıştır. Preoperatif mutlak işitme eşiği (500-1 000-2 000 Hz) ortalaması 49 dB iken, postoperatif 34 dB 'e indirilmiştir ve 15 dB kazanç sağlanmıştır. Yine preoperatif ortalama ABG 34 dB iken, postoperatif 19 dB 'e inmiş ve 15 dB kazanç sağlanmıştır (Tablo 4).

zorluklar bazı araştırmacıların 12 yaştan önce timpanoplasti yapılmaması fikrini ortaya atmasına neden olmuştur (3,8-11). Bunun yanı sıra bazı yazarlar çocuklar ve daha büyükler arasında elde edilen sonuçlar arasında istatistiksel fark olmadığını öne sürmüşlerdir. Yaşın önemli olmadığını her yaşta operasyon yapılabileceğini savunmuşlardır (12-15). Biz klinik olarak her yaşta timpanoplasti yapmaktayız. Anatomik olarak greft başarımız %81 'dir.

Genelde küçük perforasyonları daha kolay tamir edildiği yolundaki çalışmalarla %25 'e kadar olan perforasyonlardaki başarımız uyumludur (4,7,12,14). Booth (16), %50 'nin altındaki perforasyonların daha kolay tamir edildiğini belirtmiştir. Ophir (13), küçük defektlerde %77, orta büyüklüklerde %81, total perfore vakalarda %57 başarı bildirmiştir. Tüm bunların yanında subtotal vakalarımızdaki %60 'lık başarıya rağmen total perforasyon vakalarımızdaki %77 'lik başarı dikkat çekicidir. Yalnız total perfore ve %25 'lik perforasyon sayılarımızın diğer grupların yarısı kadar olduğunu belirtmek gerekir. Büyük perforasyonların tamirinin daha başarılı olduğunu bildiren seriler de vardır. Bunun yanında

perforasyon büyüklüğü ile greft başarısının ilişkisiz olduğunu bildiren seriler de vardır (17,18).

Sayıları az olmakla beraber anterior bölge perforasyonlarının başarısının düşük olduğu söylenebilir (anterior perforasyonların %33 'ü, anteroinferior perforasyonların %50 'si başarı ile onarılmıştır). Posteroinferior perforasyonlar da %69 ile diğer başarısız bir gruptur.

Fonksiyonel başarı olarak işitme sonuçlarımıza bakıldığında 30 dB altı duyan hastaların oranı %40, ABG açısından bu farkı 20 dB altında olan hastaların oranı %67 'dir. İşitme sonuçlarımız bazı serilerin başarı oranlarına göre düşük görülmektedir. Ancak diğer serilerde ya sadece miringoplasti vakaları takip edilmiş ya da serileri zaten büyük çoğunluğu preoperatif 30 dB altında işitmesi olan vakalardan oluşmaktadır (11,13,18,19).

6-11 yaş arası greft konan 10 hastada geç dönem greft başarısı %60, 12-16 yaş arası greft konan 45 hastada %87 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız başka serilerle uyumludur (11,17). Ancak 6-10 yaş arası vaka sayımı sadece 10 'dur. Yaş ile greft başarısı arasında ilişki olmadığını bildiren seriler de vardır.

Sonuç

Çocuk kronik otitis media cerrahisindeki amacımız; I- Normal mukoza ile kaplı, dış ortamla ilişkisi kesilmiş, enfeksiyondan korunmuş bir kavite oluşturmak, II- Orta kulak hastalığının ilerlemesini engellemek, III- İşitmeyi restore etmektir.

Bu çalışmamızda belli bir cerrahi prosedürü önerememekteyiz. Çocuklara da adütlere gibi yaklaşılabılır. Ancak erken çocuklukta tuba fonksiyonlarının kötü olacağı ve sık akut otit atağı nedeni ile operasyon zamanı açısından acele edilmemesi taraftarıyız. Aynı adütlere olduğu gibi prosedürün hastanın preoperatif patolojik durumu, yaşı ve özellikle de sosyoekonomik düzeyi gözönüne alınarak seçilmesi taraftarıyız. Takip süresi en az 6 ay olmalıdır. Bizim reperforasyonlarımızın çoğu ilk 6 ayda meydana gelmiştir ve 6 aydan sonra işitme düzeyi çok farklılık göstermemiştir.

Kaynaklar

1- Lau T, Tos M. Tympanoplasty in children: An analysis of late results. *Am J Otol* 1989, 7: 55-9.

- 2- Tos M. Tympanoplasty-General. In: Tos M. editor. *Manual Middle Ear Surgery*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1993, Vol-1, 238-9.
- 3- Berger G, Shapira A, Barshak G. Myringoplasty in children. *J Otolaryngol* 1983, 12:228-30.
- 4- Bluestone C, Cantekin E, Douglas GS. Eustachian tube function related to the results of tympanoplasty in children. *Laryngoscope* 1979, 89:450-8.
- 5- Buchwach KA, Birck HG. Serious otitis media and type I tympanoplasties in children a retrospective study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980, 89(suppl): 324-5.
- 6- Friedberg J, Gillis T. Tympanoplasty in childhood. *J Otolaryngol* 1963, 77:18-20.
- 7- Sade J, Berco E, Brown M, Weinberg J, Avraham S. Myringoplasty: Short and long term results in a training program. *J Laryngol Otol* 1981, 95:653-65.
- 8-Bailey HAT. Symposium: Contraindication to tympanoplasty. Absolute and relative contraindication. *Laryngoscope* 1976, 86:67-9.
- 9- Glasscock ME. Symposium: Contraindication to tympanoplasty II. An exercise in clinical judgment. *Laryngoscope* 1971, 86:70-6.
- 10- Plester D. When not to do middle ear surgery. *J Laryngol Otol* 1982, 96:585-90.
- 11- Raine CH, Singh SD. Tympanoplasty in children. *J Laryngol Otol* 1983, 97:217-21.
- 12- Adkins WY, White B. Type I tympanoplasty influencing factors. *Laryngoscope* 1984, 94:916-8.
- 13- Ophir O, Porat M, Marshak G. Myringoplasty in the pediatric population. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1987, 113:1288-90.
- 14- Smyth GDL, Hassard TH. Tympanoplasty in children. *Am J Otol* 1980, 1:199-205.
- 15- Tos M. Tympanoplasty and age. *Arch Otolaryngol* 1972, 96:493-8.
- 16- Booth JB. Myringoplasty the lesions of failure. *J Laryngol Otol* 1977, 88:1223-36.
- 17- Kessler A, Poltsic WD, Marsh RR. Type I tympanoplasty in children. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1994, 120:487-90.

18- Prescott CAJ, Robartes WJ. Tympanoplasty surgery at the Red Cross War Memorial Children's Hospital 1986-1988. *Int Journal of Ped Otorhin* 1991, 21:227-34.

19- Gans H. Tympanoplasty in children. *Arch Otolaryngol* 1963, 77:350-3.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Adil ERYILMAZ

Ergin Sok. 43/4

Tel: 0-312-222 97 29

Mebusevleri / Tandoğan / ANKARA