

TÜBERKÜLOZA BAĞLI OTİTİS MEDIA: OLGU SUNUMU

TUBERCULOUS OTITIS MEDIA: CASE REPORT

Cenk KIRAKLI ¹ Özgür BATUM ¹ Ahmet Emin ERBAYCU ¹
Salih Zeki GÜÇLÜ ¹ Semih ÖNCEL ²

¹Dr. Suat Seren Gögüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İzmir

Anahtar sözcükler: Tüberküloz, otitis media, kulak tüberkülozu

Key words: Tuberculosis, otitis media, ear tuberculosis

Geliş tarihi: 25 / 06 / 2012

Kabul tarihi: 12 / 07 / 2012

ÖZET

Tüberküloza bağlı otitis media (TOM), nadir görülen bir ekstrapulmoner tüberküloz tiplerinden bir tanesidir. Tanı ve tedavide gecikme olması durumunda fasiyal paralizi, fistül gelişimi, santral sinir sistemi tüberkülozu ve kalıcı işitme kaybı gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Literatürde, uzun süre nonspesifik antibiyotik tedavisi almasına rağmen düzelme olmayan, süpüratif otitis media tanısı olan ve sonradan tüberküloza bağlı otitis media saptanan nadir sayıda olgu bildirilmiştir. Tanı konulduktan sonra uygun antitüberküloz tedavi ile hastalar genellikle düzelir. Bu makalede, uzun süre antimikrobiyal tedavi ile düzelmeyen kronik süpüratif otiti olan ve sonunda tüberküloza bağlı otitis media TOM tanısı alan yirmi dört yaşında bayan olgu, literatür ışığında tartışılmıştır.

GİRİŞ

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren etkili antitüberküloz ilaçların bulunmasından sonra, tüberküloz tedavisindeki gelişmelerle rağmen, her yıl yaklaşık 8 milyon yeni tüberküloz hastası saptanmaktadır ve yaklaşık 2 milyon kişi tüberküloz nedeniyle ölmektedir (1). Tüberküloz hasta sayısındaki ve özellikle

SUMMARY

Tuberculous otitis media (TOM) is a rare type of extrapulmonary tuberculosis. Severe complications such as facial paralysis, fistulization, tuberculosis of the central nervous system and permanent deafness may occur in case of diagnosis and treatment delay. Patients usually can be cured with appropriate antituberculous therapy after diagnosis. In this paper, a 24 years old woman who had chronic suppurative otitis media despite antimicrobial therapy and finally diagnosed as TOM is discussed in the light of the literature.

ekstrapulmoner tüberküloz olgularındaki artmaya paralel olarak, tüberküloza bağlı otitis media (TOM) olgularında da artış olması beklenmesine rağmen gerçekte durum böyle değildir. Bunun nedeni, TOM kliniğinin bakteriyel otit, koleastatom gibi diğer durumları taklit etmesi ve kulak sekresyonları ya da biyopsi örneklerinde etkeni izole etmede

yaşanan zorluklardır. TOM tedavi edilmediği takdirde fasiyal paralizi, duyma güçlü ve enfeksiyonun intrakraniyal yayılımı gibi çok ciddi sonuçlar doğurabilir (2). Bu yüzden erken tanı ve etkin tedavinin önemi büyüktür.

Bu makalede, daha önce herhangi bir ciddi sağlık sorunu olmayan 24 yaşında bir bayanda gelişen, uzun bir süre bakteriyel otitis media ön tanısı ile takip edilen ve timpanik zarda perforasyona neden olan TOM nadir görülen bir klinik durum olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU

Yirmi dört yaşında üniversite öğrencisi bayan hasta, 2008 yılı Şubat ayında, sol kulakta akıntı ve duyma azlığı yakınması ile özel bir Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurmuş. Onbeş gün nonspesifik antibiyotik tedavisi önerilmiş. Bu tedavi ile düzelme olmayınca aynı merkezde timpanik zara ventilasyon tüpü uygulanmış ve alkol borik ve siprofloksasin damla tedavisi önerilmiş. Yakınmalarının geçmemesi ve bunlara ağrı ve baş dönmesinin eklenmesi üzerine olgu, bir eğitim araştırma hastanesine yönlendirilmiş.

Olgunun özgeçmişi sorgulandığında, gastro-özofageal reflü teşhisi ile bir süre takip ve tedavi edilmiş olması dışında bir özellik saptanmadı. Sigara, alkol, ilaç, madde alışkanlığı yoktu. Soy geçmişinde, babaannesinin 45 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirdiği öğrenildi.

Olgu başvurusu anında, alerjik rinit nedeniyle mometazon furoat içeren burun spreyi ve desloratadin tableten oluşan semptomatik tedavi kullanıyor idi. Fizik muayenede; genel durumu iyi, vital bulguları ve solunum sistemi bakısı olağandı. Otoskopi'de bilateral aurikula, dış kulak yolu olağan, sol kulak timpanik membran posteroinferior kadranda 2 mm çaplı perforasyon mevcuttu ve orta kulak mukozası nemli görünümdeydi. Odiometri'de,

sağda 3 dB, solda 45 dB işitme kaybı, weber sola lateralize, rinne solda (-) saptandı.

Anterior rinoskopi'de nazal dorsum, vestibulum ve naresler olağan, septumda sağda anteriorda kret tarzda deviasyon mevcut idi ve sağ konka bülloz mevcut idi.

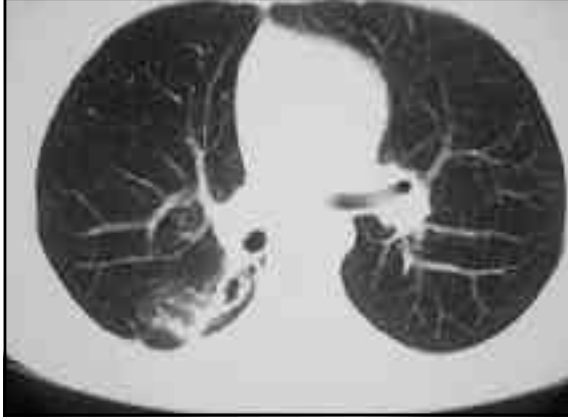
Ağız boğaz bakısı ve boyun olağan idi. Fleksibl nazofaringoskopi'de kitle ya da enfeksiyon bulgusu yoktu. Rutin biyokimyasal testler ve hemogram normaldi.

09 Ağustos 2008'de postero-anterior akciğer grafisi normal olarak yorumlanmıştı. 10 Ağustos 2008 tarihli temporal kemik yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde, sol dış kulak yolu anteromediyal kesimde yumuşak doku dansitesi mevcut idi. Solda orta kulaktan mastoid antruma uzanan ve periantral mastoid sellülerin hepsinin havalanma kaybına neder olan otit ya da mastoiditi düşündüren yumuşak doku dansitesi izlendi. Nazofarengeal lenfoid doku belirgin idi. Tüm abdominal ultrasonografik incelemesi olağan bulundu. Hastaya yattığı süre içinde irrigasyon ve seftriakson uygulandı ve kısmi iyileşme sonrası taburcu edildi.

Hasta aynı yakınmalar ile 05 Kasım 2008'de yeniden aynı merkeze başvurdu ve kulak sürüntüsü kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi (piperacillin-tazobactam duyarlı) üzerine kliniğe yatırıldı. Otoskopi'de sol dış kulak yolundan pürülan sekresyon aspire edildi. Sol timpanik membran posteroinferior kadranda 3 mm çaplı perforasyon mevcuttu. Diğer timpanik membran alanları hiperemik görünümde idi.

Odiometri'de sağda 3 dB, solda 33 dB işitme kaybı, weber sola lateralize, rinne sağda (+), solda (-) saptandı. Anterior rinoskopi bulguları önceki bulgular ile aynı idi. Boyun ve ağız boğaz bakısı olağan idi.

Kulak sürüntüsünden yapılan mantar kültüründe üreme olmadı. Olguya deri tüberkülin



Şekil 1. Olgunun ikinci başvurusu sırasındaki Toraks BT'si.

testi yapıldı ve 15 mm saptandı. Kulak sürüntüsünde ARB direkt bakışı negatif idi. Ancak kültüründe Mycobacterium tuberculosis complex üremesi saptandı. Bunun üzerine hastada akciğer tüberkülozu araştırılması amacıyla çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ üst lobda konsolidasyon izlendi (Şekil 1). Balgam ARB direkt bakışı negatif idi ve kültüründe üreme olmadı. Hastaya iki ay izoniazid/rifampisin/morfozinamid/etambutol ve 4 ay izoniazid/rifampisin ile idame tedavisi uygulandı ve kür sağlandı.

TARTIŞMA

TOM gerçek insidansı, tanıda yaşanan zorluklar nedeniyle tam olarak bilinmemektedir. Daha sık çocuklarda görülmek üzere, her yaşta saptanabilir. Literatürde süpüratif otitis media olgularının yaklaşık %0.4'ünün tüberküloza bağlı olduğunu bildiren yayınlar varsa da, geniş serilerin çoğu hastanede yatmakta olan tüberküloz tanılı hasta alt gruplarındaki sıklıkları göstermektedir (3-5). Primer olarak kulak tüberkülozu nadir görülmektedir. Tüberküloza bağlı kulak tutulumu sıklıkla akciğer, larinks, farinks ve burundan kaynaklanmaktadır (6).

Tüberkülozun kulağı enfekte etmesi pek çok farklı yol ile olabilmektedir. Bunlardan en fazla

kabul gören teori, organizmanın faringo-timpanik tüp yoluyla kulağa ulaşmasıdır (4). Bunun dışında kan yoluyla ya da üst solunum yolundan östaki yoluyla direkt enfekte ettiğine dair görüşler de vardır (7). Çok nadir olarak da orta kulak boşluğu konjenital tüberküloz ile enfekte olabilmektedir (4). Yaklaşık %40-50 olguda da, hiçbir tüberküloz odağı olmamasına rağmen TOM gelişebilmektedir (8).

TOM genellikle unilateral tutulum gösterir. Karakteristik klinik özellikleri, antimikrobiyal tedaviye yanıt vermeyen ağrısız kronik otore, timpanik membranda perforasyon ve periferik fasiyal paralizi triadı olsa da, bu bulguların üçünün de olduğu olgular nadirdir. Subperiosteal apse ile akut mastoiditin eşlik ettiği durumlarda ağrı da eşlik edebilir (9). İşitme kaybı çoğu olguda mevcuttur. İletim, nörosensoryal ya da mikst tipte olabilir. Timpanik membranda perforasyon oldukça sıktır ve genellikle tektir (10). Olgumuzda da, ağrısız başlayan ve daha sonra ağrının da eşlik ettiği, antimikrobiyal tedaviye yanıt vermeyen kronik süpüratif otore, işitme kaybı ve timpanik membranda tek perforasyon mevcuttu.

TOM'nın ayırıcı tanısında mantar enfeksiyonları, Sarkoidozis, Wegener Granülomatozisi, Sifiliz, Lenfoma, Histiositozis-X ve Koleastatom akılda tutulmalıdır. Bu durumlarda genellikle kulak ağrısı sık görülen bir semptomdur ancak kesin ayırım için ileri tanısal laboratuvar testlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Mikrobiyolojik testler genellikle geciktirildiği ve güvenilirlikleri çok yüksek olmadığı için tanı genellikle şüpheye dayanır. Özellikle bilinen ya da şüpheli tüberkülozu ve kronik otiti olan olgular mutlaka ayrıntılı bir kulak muayenesi, akciğer grafisi ve PPD testi ile değerlendirilmelidirler. Kesin tanı, biyopsi materyalinde granülomların gösterilmesi, biyopsi ya da akıntı örneğinde basilin gösterilmesi ya da kültürde üreme saptanması ile konur. TOM

olgularında %79 oranında sekonder bakteriyel enfeksiyonların da gelişebileceği ve bunun da M. tuberculosis'in izolasyonunu zorlaştıracağı bildirilmiştir (11). Bildirdiğimiz olguda da, eşlik eden sekonder Pseudomonas aeruginosa enfeksiyonu, direk bakıda basil saptanamamasının nedeni olabilir. Kültür pozitifliği olguların %5-35'inde saptanmaktadır (8). Bizim olgumuzda da tanı, kulak sürüntüsünden yapılan kültürde üreme saptanması ile konmuştu.

TOM'nun tedavisi, diğer ekstrapulmoner tüberküloz formlarında önerilen tedaviden farklı değildir (12). Önerilen minimum tedavi süresi 6 aydır. Bazı olgularda bu süre bir yıla kadar uzayabilir. Komplikasyon gelişen olgularda cerrahi müdahale gerekebilir. Fistül gelişme ve sütür yerlerinde iyileşme olmaması riski nedeniyle, antitüberküloz tedavi almayan olgularda cerrahi uygulamasından kaçınılmalıdır (8).

Sonuç olarak, TOM gelişmiş ülkelerde nadir görülen bir tablo olmakla birlikte, özellikle tüberküloz insidansının yüksek olduğu ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde, kronik süperatif otitin nedeni olabilir. Tanısında yaşanan zorluklar ve gecikme olması durumunda fasiyal paralizi, kalıcı işitme kaybı, fistül gelişimi, labirentit ve santral sinir sistemine enfeksiyonun yayılımı gibi çok ciddi morbiditeler ile sonuçlanabilmesi nedeniyle, antimikrobiyal tedaviye yanıt vermeyen kronik otitis media olgularında mutlaka TOM düşünülmeli ve gerekli mikrobiyolojik ve patolojik incelemeler yapılmalıdır. Bu yüzden tanıda gecikme olmaması ve yukarıda bahsedilen ciddi morbiditeler ile karşılaşılmasından dolayı bu tip olgularda yeterli ve uygun sayıda örnek alınmalı ve mikrobiyolojik açıdan ayrıntılı inceleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Cesur S. (Epidemiology of tuberculosis in the world and in Turkey). Mikrobiyol Bul 2004; 38(4): 461-9.
2. Chirch LM, Ahmad K, Spinner W, et al. Tuberculous otitis media: report of 2 cases on Long Island, N.Y., and a review of all cases reported in the United States from 1990 through 2003. Ear Nose Throat J 2005; 84(8): 488, 490, 492 passim.
3. Jeang, MK, Fletcher EC. Tuberculous otitis media. JAMA 1983; 249(16): 2231-2.
4. Arya M, Dixit R, Paramez AR, et al. Tuberculosis of the middle ear with post auricular abscess. Indian J Tuberc 2009; 56(3): 160-3.
5. Windle-Taylor PC, Bailey CM. Tuberculous otitis media: a series of 22 patients. Laryngoscope 1980; 90(6 Pt 1): 1039-44.
6. Sharan R, Isser DK. Primary tuberculosis of the middle ear cleft. Practitioner 1979; 222 (1327): 93-5.
7. Ulku C, Uyar Y, Gungor S, Arbag H. Orta Kulak Tüberkülozu. Otokop 2002; 3: 117-120.
8. Awan MS, Salahuddin I. Tuberculous otitis media: two case reports and literature review. Ear Nose Throat J 2002; 81(11): 792-4.
9. Plester D, Pusalkar A, Steinbach E. Middle ear tuberculosis. J Laryngol Otol 1980; 94(12): 1415-21.
10. Lee PY, Drysdale AJ. Tuberculous otitis media: a difficult diagnosis. J Laryngol Otol 1993; 107(4): 339-41.
11. Yaniv E. Tuberculous otitis: an underdiagnosed disease. Am J Otolaryngol 1987 8(6): 356-60.
12. Treatment of tuberculosis. MMWR Recomm Rep 2003; 52(RR-11): 1-77.

Yazışma Adresi:

Dr. Cenk KIRAKLI
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İZMİR
e-posta : ckirakli@hotmail.com
