

Petröz Kemik Kolesteatomuna Bağlı İntrakraniyal Komplikasyonlar: Olgu Sunumu

Intracranial Complications of Petrous Bone Cholesteatoma: A Case Report

Dr. Şevki Şahin*, Dr. Nilgün Çınar*, Dr. Sunay Ayalp*,
Dr. Tuğba Okluoğlu*, Dr. Kübra Batum*, Dr. Sibel Karşıdağ*

ÖZET:

Kolesteatom, ortakulaktaveyatemporalkemikteki diğer pnömotik kavilerde keratinize çok katlı skuamöz epitel ve keratin artıklarının anormal birikimi ile karakterize kistik bir oluşumdur. Petroz kemik kolesteatomları kulakta basınç hissi, ağrı, akıntı, işitme kaybı ve bazen de fasiyal sinir paralizisine yol açabilmektedir. Nadir de olsa petröz kemik yerleşimli kolesteatomlar intrakraniyal yayılım gösterebilmektedir. Buradaki kolesteatom tanısından sonra 1 yıl içerisinde, periferik fasiyal paralizisi, menenjit, lateral sinus trombozuna bağlı beyin sapı infarktı gibi intrakraniyal komplikasyonlara maruz kalan 71 yaşında erkek hastanın klinik ve nöroradyolojik bulguları literatür ışığında gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: kolesteatom, temporal kemik, intrakraniyal komplikasyonlar.

ABSTRACT:

Cholesteatoma is a cystic lesion which occurred accumulation of keratinized multilayers squamous epithelium in the middle ear or other pneumatized regions of the temporal bone. Cholesteatoma of the petrous bone extending into the intracranial region is an unusual occurrence. A 71-year-old male presented with ipsilateral otorrhoea and facial paralysis. After the diagnosis of cholesteatoma, the meningitis and brainstem infarction caused by lateral sinus thrombosis were developed into the one year period. The patient's clinical and neuroradiological findings are discussed on the light of literature.

Key words: cholesteatoma, petrous bone, intracranial complications.

GİRİŞ

Konjenital ve edinsel (en sık otitis mediaya ikincil) formları bulunan kolesteatomlar meydana getirdikleri inflamatuvar süreç ile çevre dokuları destrükte edebilmektedirler (1). Yaklaşık % 1-7 olguda ise intrakraniyal komplikasyonlara yol açabilmektedir (1, 2). Intrakraniyal komplikasyonlar arasında; menenjit en sık komplikasyon olup, lateral sinus trombozu ve intrakraniyal apseler de görülebilmektedir (1). Bu yazıda kolesteatom tanısı aldıktan sonra 1 yıl içerisinde sol periferik fasiyal paralizi, lateral sinus trombozu ve beyin sapı tutulumunu içeren intrakraniyal komplikasyonları gelişen 71 yaşında erkek olgu sunulmaktadır.

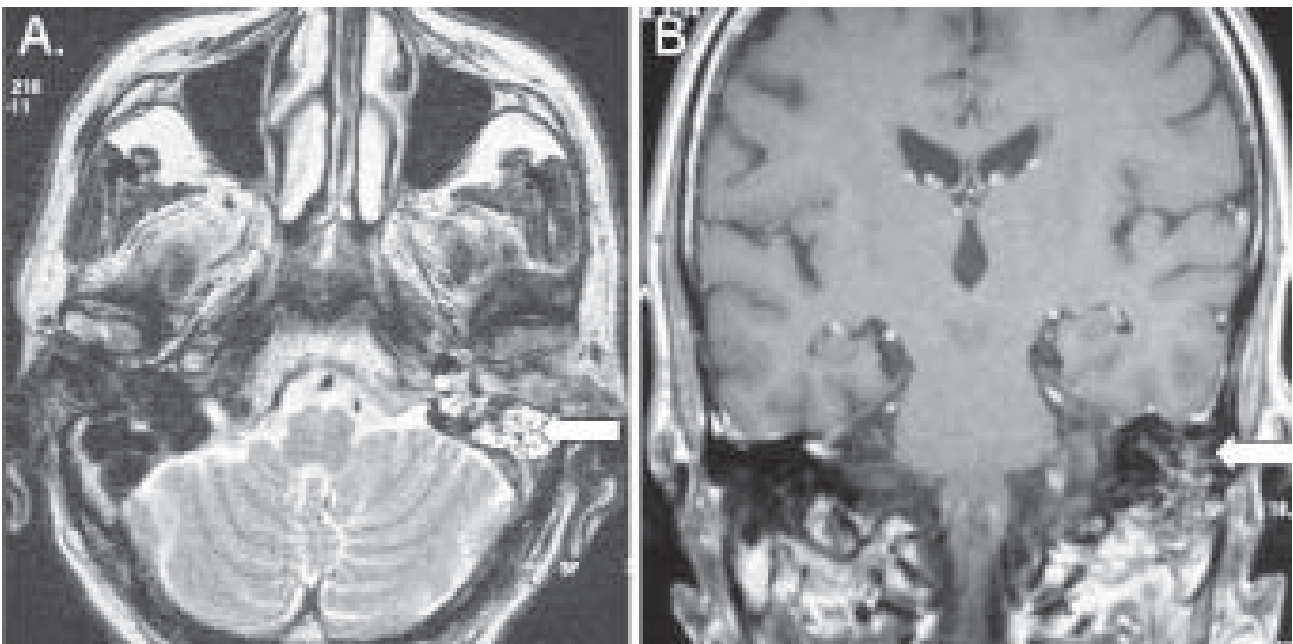
OLGU SUNUMU

Yaklaşık 2 yıldır sol kulağında ağrı ve akıntı şikayeti olan hastada, sol dış kulak yolunda yumuşak bir kitle oluşmaya başlamış ve sol periferik tipte fasiyal paralizi gelişmiştir. Eksizyonel biyopside, fibröz dokuda mikropapse odakları, distrofik kalsifikasyon ve granülasyon dokusu saptanmıştır. Yapılan temporal kemik bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, bilateral mastoidit, solda belirgin kemik destruksiyonu ve kortikal düzensizlik oluşturmayan yumuşak doku kitlesi saptanmıştır. Sol fasiyal sinir dekompresyonu yapılan hastanın dekompresyon materyalinin patolojik incelemesinde iltihabi granülasyon

dokusu ve kolesteatom saptanmıştır. Bir ay sonrasında şuurunda uykuya meyil gelişen hastanın kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde; petröz apekte ve inferiorunda, parafarengeal alanlara uzanan yumuşak doku görünümü ve bu lokalizasyonlarda kontrast madde tutulumu izlenmiş ve ayrıca lezyon alanı komşuluğundaki leptomeninkslerde kalınlaşmalar saptanmıştır (Resim-1). Bu bulgular intrakraniyal uzanım ile uyumlu bulunmuştur. Bu görünüm ve patolojik bulgular zemininde Wegener Granülomatosisi ön tanısı düşünülmüş ancak anti-nötrofilik sitoplazmik antikör (ANCA)' larının negatif bulunması üzerine bu tanıdan uzaklaşmıştır.

Yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde yüksek protein düzeyleri saptanan hastaya [protein:165 mg/dl glucose:73 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri: 119 mg/dl)] tüberküloz (TB) menenjit ön tanısı ile rifampisin 600 mg/gün, isoniazid 300 mg/gün, pirazinamide 1500 mg/gün ve etambutol 1500 mg/gün olarak başlanmıştır; ancak kan ve BOS polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) incelemeleri (TB) yönünden negatif olarak değerlendirilmiş, bu ampirik tedavi 6 aya tamamlanmıştır. Hastada tedaviden yaklaşık bir ay sonra ani olarak yutma güçlüğü, sağa konjuge bakış kısıtlılığı, sağ kolda 4/5 düzeyinde parazi ve şuur bozukluğu gelişmiştir. Bu dönemde çekilen Kraniyal BT'de sağ transfers sinüste hiperdens görünüm ve mezensefalonda sağ yarımında

Resim 1. A. T2 ağırlıklı aksiyel MR incelemesinde B. T1 ağırlıklı koronal MRG incelemesinde petröz kemikten posterior fossaya uzanım gösteren lezyon izlenmektedir.



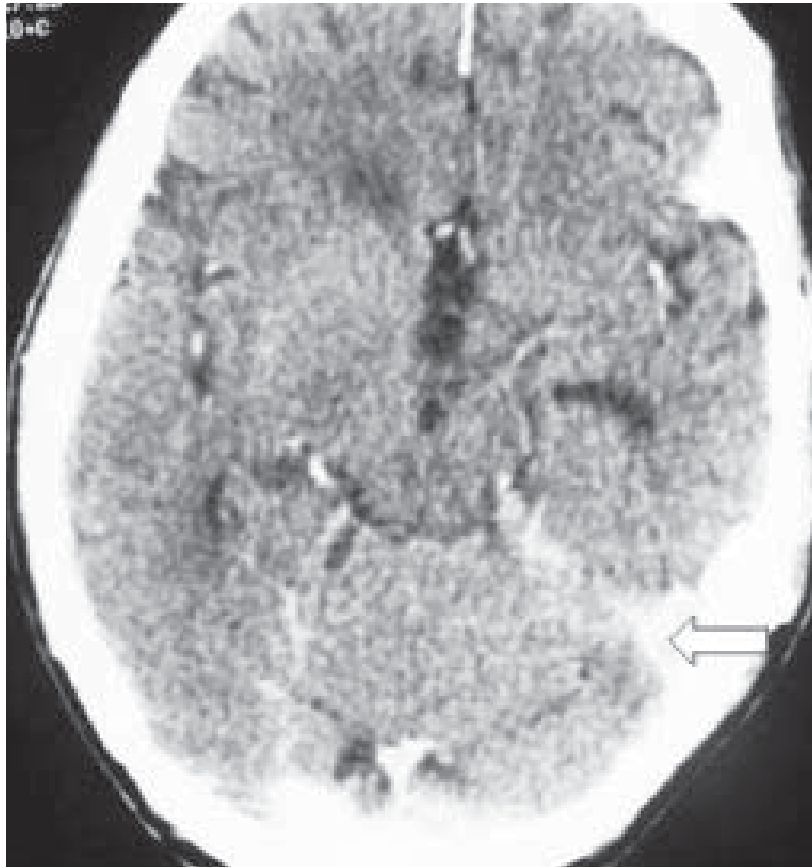
şüpheli hipodens alanlar izlenmiş olup bu durum venöz dolaşımın bozulmasına bağlı gelişen iskemik infarkt olarak yorumlanmıştır (Resim-2). Düşük molekül ağırlıklı heparin, antiödem (%20 mannitol) ve genel destek tedavisi yapılan hastada 1 hafta sonrasında aspirasyon pnömonisi gelişmiştir. Oksijen saturasyonu düşen hastaya trakeostomi açılmıştır. Yutma fonksiyonu tama yakın kaybolan hastanın beslenmesi perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile sağlanmaya başlanmıştır. Bu dönemde kontrol amacıyla yapılan lomber ponksiyon incelemesinin sonuçları normal sınırlar içerisinde değerlendirilmiştir. Pnömoni tablosu, 15 gün sürdürülen piperasilin-tazobaktam tedavisi (3x4,5g/gün) ile gerileyen hastada nörolojik bulgularda bir düzelme kaydedilememiştir. Altı ay boyunca yatağa bağımlı ve kooperasyonu kısıtlı olan hasta trakeostomiden oksijen desteği verilerek yaşatılabilmiş ve sonrasında evinde hayatını kaybetmiştir.

TARTIŞMA

Konjenital ya da edinsel olarak, özellikle de kronik otitis media ve travmaya sekonder olarak gelişen kolesteatomlar nadiren intrakraniyal yayılım göstermekte ve nörolojik defisitlere yol açabilmektedir (1). Burada yaklaşık 2 yıldır sol kulağında ağrı ve akıntı şikâyeti olan hastada petröz kemik yerleşimli kolesteatoma bağlı intrakraniyal komplikasyonlar sunulmuştur. Petröz kemik kolesteatomları diğer kulak yolu yerleşimli olanlara göre daha nadir olup genellikle yavaş progresyon gösterdikleri için uzun süre asemptomatik kalabilmektedirler (3).

Hastada yaklaşık bir yıl içerisinde ortaya çıkan intrakraniyal komplikasyonlar (periferik fasiyal paralizi, menenjit, lateral sinus trombozuna bağlı beyin sapı infarktı) sonrası yatağa bağımlı ve PEG ile beslenir duruma gelmiştir. Kolesteatomlara bağlı intrakraniyal

Resim 2. Aksiyel kontrastlı kraniyal BT incelemesinde transvers sinüste, trombozla uyumlu görünüm izlenmektedir.



Tablo 1. Güncel literatürde erişkin yaşta olası edinsel kolesteatomlara bağlı intrakraniyal komplikasyon geliştiği bildirilen bazı olgulara ait klinik bilgiler.

Araştırmacı	Olgu Yaş-Cinsiyet	Intrakraniyal tutulum	Kolesteatom lokalizasyonu
Miranda, 2009 ⁽⁵⁾	25, K	Lateral sinus trombozu, serebellar abse	Orta kulak
Garayev, 2007 ⁽⁶⁾	38, E	Serebellar abse	Mastoid ve temporal kemiklere uzanan kolesteatom
Erol, 2006 ⁽⁷⁾	46, E	Juguler foromen tutulumu ile 9-11. sinirlerin paralizisi	Temporal kemik kolesteatomu
Hanson, 2006 ⁽⁸⁾	Ort: 45; 3E	Kafa tabanı yayılımı	Temporal kemik kolesteatomu
Ndoeye, 2005 ⁽⁹⁾	21, E	Serebral abse	Petröz kemik kolesteatomu

komplikasyonların daha çok konjenital olgularda ve çocukluk çağlarında olabildiği bildirilmektedir (4). Olgumuz erişkin yaşta edinsel kolesteatoma bağlı birden fazla komplikasyon gelişmesi açısından önem taşımaktadır. Tablo-1’de güncel literatürde sunulan, erişkin yaş, olası edinsel kolesteatomlara bağlı intrakraniyal komplikasyonlar özetlenmiştir (5,6,7,8,9). Tanı konulup cerrahi tedavisi yapılan özellikle intraserebral komşuluğu açısından temporal kemiğe lokalize kolesteatom olgularında, özellikle gelişebilecek infektif serebral tutulumlar ve nüks riski açısından yakın izlemlerin sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Horn KL. Intracranial extension of acquired aural cholesteatoma. *Laryngoscope* 2000; 110:761-772.
2. Burggraaff B, Luxford WM, Doyle KJ. Neurotologic treatment of acquired cholesteatoma. *Am J Otol* 1995; 16: 480-485.
3. Omran A, De Denato G, Piccirillo E, Leone O, Sanna M. Petrous bone cholesteatoma: management and outcomes. *Laryngoscope* 2006;116:619–626.

4. Miura MS, Krumennauer RC, Lubianca Neto JF. Intracranial complications of chronic suppurative otitis media in children *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)* 2005;71:639–643.

5. Miranda JA, Martins LL, Borges MH, Solcia Filho N, Mendes Ede A. Lateral sinus thrombosis and brain abscess as a complication of cholesteatoma. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75:159.

6. Garayev A, Talyshinskiy A, Büntzel J. Otogenic cerebellar abscess - two case histories. *Laryngorhinotologie* 2007; 86:660-663.

7. Erol FS, Kaplan M, Kavakli A, Ozveren MF. Jugular foramen syndrome caused by cholesteatoma. *Clin Neurol Neurosurg* 2005; 107:342-346.

8. Hanson JR, Esquivel C, Backous DD. Diagnosis and management of aggressive, acquired cholesteatoma with skull base and calvarial involvement: a report of 3 cases. *Am J Otolaryngol* 2006; 27:291-294.

9. Ndoeye N, Hossini A, Ba MC. Traumatic cholesteatoma presenting as a brain abscess: a case report. *Otol Neurotol* 2005;26:65–67.