

Kronik Otitis Media'nın Nadir Bir Komplikasyonu: Yuvarlak Pencere Perforasyonu

Abdullah DALGIÇ^a, Tolga KANDOGAN

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İzmir, Türkiye

ÖZET

Yuvarlak pencere perforasyonu kronik süpüratif otitis medianın nadir komplikasyonlarından biridir. Bileteral santral kuru perforasyonu olan ve operasyonu sırasında sol kulağındaki yuvarlak pencere perforasyonu tespit ettiğimiz bir olguyu sunduk. Kronik otitis mediada seyrek de olsa yuvarlak pencere perforasyonu olabilmektedir. Bu durumlarda yuvarlak pencere perforasyonunun tamirinin yapılması hem total işitme kaybının önlenmesi hem de iç kulağın infeksiyonlardan korunması açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Yuvarlak pencere, Kronik otit, Labirent fistülü

ABSTRACT

A Rare Complication of Chronic Otitis Media: Round Window Perforation

Round window perforation is one of the rare complications of chronic otitis media. We reported a case who had bilateral tympanic membran perforation with left sided round window fistula. Although it is very rare, it may seen round window perforation in the chronic otitis media. It is important to repair of round window perforation for preventing sensorineural hearing loss and inner ear infection.

Key words: Round window, Chronic otitis media, Labyrinthine fistula

Yuvarlak pencere perforasyonu kronik süpüratif otitis medianın nadir komplikasyonlarından biridir ve zamanında tanı konması ve tedavi edilmesi total işitme kaybının önlenmesi açısından oldukça önemlidir (1). Kulağın yabancı cisimlerle karıştırılması gibi fiziksel travmalarda ve yüksek sese maruziyette geniş santral perforasyon olması halinde yuvarlak pencere perforasyonu oluşabilir. Yuvarlak pencere perforasyonunun timpanik membran perforasyonu ile birlikte olması iç kulağı dış etkenlere karşı korumasız hale getirir. Bu durumda işitme kaybı olabileceği gibi orta kulakta gelişecek infeksiyonların iç kulağa yayılması sonucu menenjit gibi hayatı tehdit eden hastalıklara yol açma ihtimali vardır. Yuvarlak pencere perforasyonu ile karşılaşıldığında perforasyon onarımının yapılması bu açıdan oldukça önemlidir.

Bileteral santral kuru perforasyonu olan ve operasyonu sırasında sol kulağındaki yuvarlak pencere perforasyonu tespit ettiğimiz bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

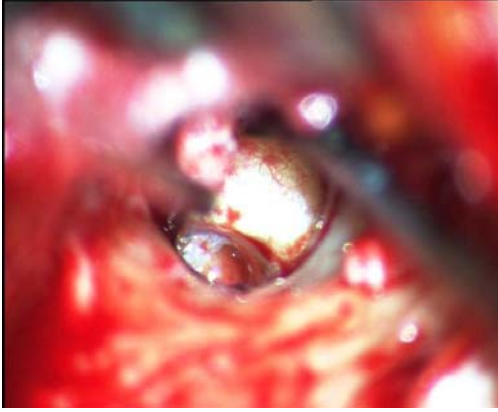
Otuz iki yaşında bilateral kronik otiti olan kadın hasta ailesi tarafından kulaklarında ara ara akıntı ve işitme azlığı şikayeti nedeni ile getirildi. Hastanın ailesi hastanın orta derecede mental retarde olduğu, epilepsi ne-

deni ile ilaç kullandığı ve hastanın kulaklarını sık sık yabancı cisimlerle karıştırdığını belirtti. Hastanın kulak ile ilgili şikayetleri sorgulandığında her iki kulakta çocukluk çağlarından beri ara ara akıntılarının olduğu ve tıbbi tedavi ile bu şikayetlerinin düzeldiği tespit edildi. Hastanın yakınları tarafından işitmesinin az olduğu vurgulandı. Hastanın işitme azlığı ve kulaklardaki akıntısı çocukluk çağlarından beri mevcuttu. Kulak burun boğaz muayenesinde orofarenks normaldi. Anterior rinoskopisinde septumda hafif seviyede deviasyonun olduğu izlendi. Boyun muayenesi normaldi. Hastanın otoskopisinde sağ dış kulak yolu normaldi. Sağ timpanik membranda subtotal perforasyon mevcuttu. Orta kulak mukozası normal görünümündeydi. Sol kulak otoskopisinde ise subtotal perforasyon izlendi. Orta kulak mukozası normal görünümündeydi. Her iki kulakta perforasyonun içinden yuvarlak pencere net olarak izlenmiyordu. Odyometrisinde bilateral iletim tipi işitme kaybı vardı. Her iki kulak kemik yolu ortalaması 20 dB ve hava yolu 45 dB'idi. Herhangi bir anatomik defekt veya kronik otit komplikasyonu düşünülmeyişi için temporal kemik BT istenmedi. Hasta orta düzeyde mental retarde olduğu için genel anestezi altında sol kulağa timpanoplasti yapılmasına karar verildi. Cerrahi sırasında timpanometal flep kaldırıldıktan sonra yuvarlak pencerede perforasyon olduğu

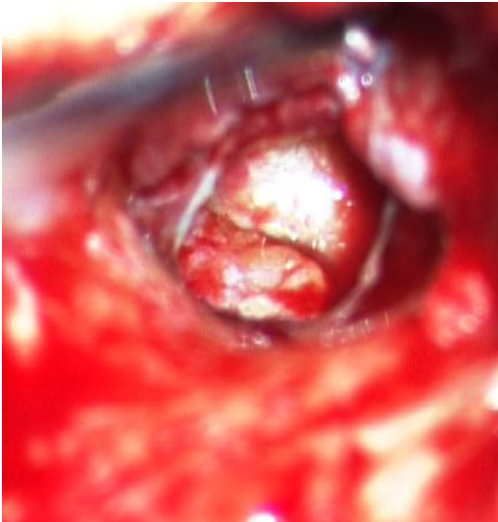
^a Yazışma Adresi: Dr. Abdullah DALGIÇ, İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel: 0 505 4757095

*Bu çalışma 31. Türk Ulusal KBB BBC Kongresi'nde sunulmuştur.

gözlendi (Resim 1). Yuvarlak pencere membranından perilemf sızıntısı mevcuttu. Cerrahi sırasında anatomik açıdan herhangi bir anomali izlenmedi. Yuvarlak penceredeki perforasyon ağzı yağ ile kapatılarak onarıldı (Resim 2). Perilemf sızıntısının kesildiği gözlendi. Ardından tragal kartilaj perikondriyumu alındı. Perikondriyum timpanoplastisi uygulandı. Operasyondan sonra yuvarlak pencere perforasyonu nedeni ile ailesinden ayrıntılı anamnez alındığında hastanın ara ara baş dönmesi şikayetleri olduğu ve kulak kaşıntısı nedeni ile kulağı yabancı cisimlerle karıştırdığı öğrenildi. Hastanın post operatif izleminde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Post op 2. ve 6 aylardaki sol kulak otoskopisinde dış kulak yolunun normal olduğu ve timpanik membranın intakt olduğu izlendi. Perikondriyum timpanoplastisi yapıldığı için timpanik membranda mat görünüm mevcuttu. Odyometrisi yapıldığında ise sol kulağında ameliyat öncesi var olan iletim tipi işitme kaybının ortadan kaybolduğu gözlendi.



Resim 1. Yuvarlak penceredeki perforasyon izleniyor



Resim 2. Yuvarlak penceredeki perforasyonun yağ ile kapatılması

TARTIŞMA

Kolesteatomlu kronik otitlerde labirentin fistüllerle karşılaşmak mümkündür (2). En sık lokalizasyon lateral semisirküler kanalda olmakla birlikte koklear fistüllerde çok nadir olarak literatürde bildirilmiştir (3-5). Kolesteatomsuz kronik otitlerde ise labirentin fistüllere sık rastlanmaz. Kolesteatomsuz kronik otitli vakalarda labirent fistülü olan sadece birkaç olguyu literatürde raporlanmıştır (6).

Kokleadaki fistüller tüm labirent fistüllerinin 1/6'sını oluşturur (7). Kemik yoğunluğunun vücudun diğer yerlerine göre fazla olması ve çevredeki dokuların fazla basınç oluşturmaması nedeni ile promontoryumdaki fistüller çok nadir görülür. Kolesteatomlu kronik otitlerde kokleadaki fistüllere genelde oval pencerenin inferiorunda rastlanır. Kolesteatomuz kronik otitlerde ise fistüller oldukça nadirdir. Bu olgularda fistüllerin yuvarlak pencere perforasyonu olarak karşımıza çıkması çok beklenen bir durum olmasa da bununla ilgili literatürde birkaç olgu raporlanmıştır (2, 7).

Timpanik membranda geniş santral perforasyon veya subtotal perforasyon olduğu durumlarda yuvarlak pencere oval pencereye nazaran daha korumsuz kalır. Oval pencere posterior superior dış kulak yolu duvarının kemik çıkıntısı ile korunurken, yuvarlak pencereyi koruyan kemik doku çok azdır. Timpanoplasti veya timpanotomi sırasında yuvarlak pencerenin görülebilmesi için posterior dış kulak yolundaki kemik dokunun kaldırılması gerekmezken oval pencere ve stapese yönelik yaklaşımlarda dış kulak yolu arka duvarını değişik oranlarda kaldırmak gerekir. Geniş perforasyon olması durumunda yuvarlak pencere görülebilir ve yuvarlak pencere eksternal çevresel faktörlere karşı daha korunmasız olur. Bu da santral geniş perforasyonlu hastalardaki yuvarlak pencere perforasyonunun bir sebebi olarak değerlendirilebilir. Olgumuzda timpanik membranda santral geniş perforasyon mevcuttu ve kolesteatoma mevcut değildi. Yuvarlak pencere perforasyonunun yukarıda bahsedilen nedenlere bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürde yuvarlak pencere perforasyonu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında yuvarlak pencere perforasyonu olan vakalar bildirilse de bunun oranı çok düşüktür. Eksternal fiziksel travma, kolesteatomlu kronik otit veya cerrahi sırasında yuvarlak pencere perforasyonu olabilir. Labirentin kanalda fistül varlığında çoğunlukla sensorinöral işitme kaybı görülür. Ancak membranöz labirentin sağlam olduğu durumlarda işitme kaybı genelde görülmez. Yuvarlak pencere perforasyonunda sensorinöral işitme kaybının görülmesi beklense de literatürde işitmenin korunduğu koklear fistülü olan vakalar da bildirilmiştir. Bu tür vakalarda işitmenin nasıl korunduğu tam olarak açıklanamamıştır (8). Olgumuzda sensorinöral işitme kaybı olması beklenirken sadece iletim tipi işitme kaybı mevcuttu. Biz bu hastada işitmenin nasıl korunduğu açıklayamadık (1, 4, 7, 8).

Kolesteatomlu kronik otit cerrahisinde labirent fistüllerinin oranının %3 ile %16 arasında olduğu belirtilmiştir (9, 10). Kronik otit cerrahisi sırasında fistüllerle karşılaşılacağından bu durumlarda fistül onarımı yapabilmek oldukça önemlidir. Kolesteatomsuz kronik otitlerde fistül oranı oldukça düşük olsa da karşılaşılma ihtimali vardır. Bu olgularda da fistüllerle karşılaşıldığında fistül onarımı yapılmalı ve bu sırada aspirasyon

gibi mekanik travmalardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

Kronik otitis mediada seyrek de olsa yuvarlak pencere perforasyonu olabilmektedir. Bu durumlarda yuvarlak pencere perforasyonunun tamirinin yapılması hem total işitme kaybının önlenmesi hem de iç kulağın infeksiyonlardan korunması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Redaelli de Zinis LO, Campovecchi C, Gadola E. Fistula of the cochlear labyrinth in noncholesteatomatous chronic otitis media. *Otol Neurotol* 2005; 27: 830-3.
2. Falcioni M, Lauda L. Cochlear fistula in recurrent cholesteatoma. *Otol Neurotol* 2006; 27: 284.
3. Gacek RR. The surgical management of labyrinthine fistulae in chronic otitis media with cholesteatoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1974; 83: 1-19.
4. Chao YH, Shin SH, Yoon JY, Lee DM. Cochlear fistula in chronic otitis media with cholesteatoma. *Am J Otol* 1996; 17: 15-8.
5. Sanna M, Zini C, Gamoletti R, Taibah A, Russo A, Scandellari R. Closed versus open technique in the management of labyrinthine fistulae. *Am J Otol* 1988; 9: 470-5.
6. Redaelli de Zinis LO, Campovecchi C, Parrinello G. et al. Predisposing factors for inner ear hearing loss association with chronic otitis media. *Int J Audiol* 2005; 44: 593-8.
7. Redaelli de Zinis LO. Round window fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 140: 270-1.
8. Dagoglu HN, Babila A, Erkam U, Ileri F, Dadas F. Ani işitme kayıplarında yuvarlak pencere fistüllerinin yeri. *K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1995; 3: 191-5.
9. Pfaltz CR. Complications of otitis media. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1982; 44: 301-9.
10. Busaba NY. Clinical presentation and management of labyrinthine fistula caused by chronic otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999; 108: 435-9.

Gönderilme Tarihi: 14.12.2011