

# KULAK-BURUN-BOĞAZ KONSÜLTASYONLARI

Öğr.Gör.Dr. Murat DİZBAY  
Gazi Hastanesi, Mart 2005

# OLGU

C.B., 49 Y, Erkek, Ankara

## Şikayeti:

👉 Ateş, eklem ağrısı, kulak ağrısı

## Hikayesi:

👉 5 ay önce başlayan idrar yaparken yanma ve peniste sızı şikayeti → Antibiyotik tedavisi

Tam düzelme Ø

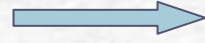
Dönem dönem kötüleşme ve iyileşmeler

👉 2.5 ay önce sol gözde çapaklanma, yanma, sulanma

✎ 2 hafta sonra sağ kulakta uđultu, dolgunluk



İşitme kaybı



Siprofloksasin  
Azitromisin

✎ KBB servisine yatış



Tekrar siprofloksasin  
Linkomisin

✎ Bir düzelme olmayınca sarkoidoz, HIV vs. yönünden araştırılmaya başlanmış. Tetkik sonuçları negatif bulunmuş.

✎ İdrar yapamama, üretral akıntı şikayeti → Üroloji bölümüne devir → Rektal USG'de prostat apsesi

↓  
siprofloksasin

✎ Tedavinin 12. gününde ateşleri devam etmesi üzerine prostat apse drenajı

✎ Biopsi → Yaygın apse odaklarıyla karakterli prostatit ve nodüler hiperplazi.  
Granülom Ø.



✎ Sol kulakta ağrı, şişkinlik  
AOM tanısıyla KBB servisine yatış  
Miringoplasti parasentez

✎ Odyolojik incelemede  
Sağ kulakta çok ileri derecede işitme kaybı,  
Sol kulakta ise ileri derecede işitme kaybı.

✎ KBB servisinde yatarken hastanın 39°C'ye varan ateşleri devam ediyor.

Ürtikeryal lezyonlar → Steroid ve antihistaminik tedavi

Gezici eklem ağrıları dizlerde,  
ayak bileklerinde,  
dirseklerde,  
omuzlarda

Reaktif artrit tanısı → NSAID tedavisi

Baş dönmesi → EEG'de zemin aktivitesinde çok hafif derecede azalma

Kulak akıntısından EZN boyama → Negatif (3 kez)  
Tbc PCR → Pozitif

Hasta Tbc otit ön tanısıyla servisimize kabul edildi.

## KLİNİK İZLEM

Yatışta → Ateş (38.5°C)  
Genel durum düşüklüğü  
Yaygın eklem ağrısı

### 🔍 Laboratuvar incelemelerinde;

BK: 11700, Hb: 9.4, Htc: %28.6, Plt: 466000,  
Sedimentasyon: 112 mm/s

🔍 Karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle (AST:44, ALT:95, ALP:223, GGT:274) hastaya KC biopsisi yapıldı → Nonspesifik hafif değişiklikler gösteren karaciğer

👉 Sağ diz ekleminde ağrı ve şişlik



Ponksiyon materyali - Kültürde üreme Ø  
- Tbc PCR pozitif

Gözdibi muayenesi normal.  
PPD'si anerjik (iki kez)

👉 Her iki tibia ön yüzünde ekimotik lezyonlar. 2 gün sonra el ve ayak parmaklarında siyanoz gelişti.

EKO → 1°MY



- ✎ Takip eden günlerde genel durumda bozulma
  - ▶ BFT'de bozukluk (BUN:53, Kre: 6.1, K:5.58),
  - ▶ İdrarda hematüri.
  - ▶ Kültürlerinde üreme Ø

✎ Nefroloji konsültasyonu  
hemodiyaliz önerilmedi,  
bol hidrasyon

Postinfeksiyöz immün kompleks glomerulonefriti düşünülerek böbrek biyopsisi yapıldı.

✎ El ve ayaklarda uyuşukluk → Polinöropati  
Vaskülit ? EMG ve kraniyal MR

✎ 3'lü antitüberküloz tedavi  
INH + Rifampisin + Etambutol ve  
Steroid (prednisolon 60mg)

✎ Hastanın bu dönemdeki başlıca patolojisi böbreklerde olduğu için hasta Nefroloji bölümüne devredildi.

✎ Patoloji raporu → Wegener granülomatozisi ile uyumlu

Antitüberküloz tedaviye devam edildi. Tedaviyle şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi.

# TÜBERKÜLOZ OTİTİS MEDIA (TOM)

- TOM, ekstrapulmoner tüberkülozun nadir görülen bir manifestasyonudur.
- Tüberkülozlu hastaların % 0.3'den ↓
- Otitis media veya mastoiditli olguların %1'den ↓ tüberküloz basili ile meydana gelmektedir.
- Çocuklarda ve genç erişkinlerde ↑

# Patogenez

TOM başlıca üç yolla gelişir:

1. Östaki kanalı yoluyla mukus aspirasyonu
2. Diğer tüberküloz odaklarından hematojen yayılım
3. Nadiren dış kulak yolundan direk bulaşma (kulak zarı perforasyonu)



# KLİNİK

✍️ TOM'un klinik bulguları oldukça çeşitlidir;

- Sinsi başlayan kulak akıntısı !!
- Ani sensorinöral işitme kaybı (%90)
- Kulak ağrısı yoktur veya çok azdır.

✍️ Kulak muayenesi;

- Granülasyon dokusu.
- Perforasyon ve kemiklerde destrüksiyon.
- Mastoidit veya temporal kemikte osteomyelit

▶ Olguların %16-35'inde fasiyal paralizi

▶ İntrakraniyal yayılım → Ekstradural apse

Tüberküloz menenjit

Bazen bu manifestasyonlar TOM'un başlangıç bulguları olabilir.

▶ Labirintit ve petrözit de bildirilmiştir.

## TANI

Tanıda diğer kronik süperatif otit etkenlerinden ayırmak önemlidir:

- Bakteriyel otitis media
- Sifiliz
- Nokardiyoz
- Histoplazmoz
- Blastomikoz
- Fungal infeksiyonlar
- Histiyositoz X
- Nekrotizan Otitis Eksterna
- Lenfoma
- Kolestatoma
- Wegener granülomatozisi
- Sarkoidoz

# Akla Gelmeli!

- Antibiyotik ile düzelme olmaması
- %40-50 hastada başka tbc odağı yoktur.
- Görüntüleme
  - Pulmoner odak
  - CT'de mastoidit
- PPD %90 pozitif; anerjik olabilir.



-EZN %20; Kültür %5-35 pozitif

-Histoloji: Mononükleer dev hücrelerle karakterize granülasyon dokusu;

-Erken dönemde spesifik değil

-PCR sensitivitesi ↑; spesifitesi ↓

-Antitüberküloz kemoterapi;

-Komplikasyon varlığında cerrahi

-(timpanoplasti, mastoidektomi vb.).

# Wegener Granülomatozu (WG)

- ÜSY'da granülomatöz lezyonlar, nekrotizan vaskülit ve glomerülonefritle karakterize sistemik bir hastalıktır.
- Sinüs tutulumu %85
- Kulak tutulumu %19-61
  - Bazen hastalığın ilk ve tek bulgusu
  - Seröz otitis media, kronik otitis media, sensorinöral işitme kaybı, vertigo ve fasiyal sinir paralizisi

# Tanı biopsi ile konur

- Sinüs biopsisi tercih edilmelidir
- cANCA spesifitesi  $\uparrow$  ve titreler hastalığın aktivasyonu ile ilişkilidir
- Tedavi; glukokortikoidler + siklofosfamid

Erken tanı ve tedavi hastalığın geri dönüşümsüz evreye geçişini önlemede oldukça önemlidir

# FUNGAL RİNOSİNÜZİTLER

- Gittikçe daha yaygın görülmekte
- Hastalığın prognozu mantardan çok hastanın bağışıklık sistemine bağlı
- Akut invaziv form → bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda
- Sınıflandırmak, etkili tedaviyi uygulamak ve prognozu daha doğru saptamak için gerekli



|                             |                                       |   |               |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|---------------|
| <b>Konakçı defansı</b>      | <b>Bağışıklık sistemi baskılanmış</b> | <b>Bağışıklık sistemi normal</b>                              | <b>Atopik</b> |
| <b>Fungal hastalık tipi</b> | <b>İnvaziv</b>                        | <b>1. Granülamatöz,<br/>2. Saprofitik,<br/>3. Fungus topu</b> | <b>AFRS</b>   |

# Fungal rinosinüzitler

- Mantar sporlarının nasal pasaja girmesi ile başlar
- Nadiren de vücudun diğer bir yerinde bulunan mantar enfeksiyonunun yayılımı ile ortaya çıkar

## Mantarların hastalık yapabilmesi

- İnhaled edilen sporların sayısı
- Fungal partiküllerin hacmi
- Konağın non-spesifik ve spesifik bağışıklık durumu
- Mantarın patobiyolojik potansiyeli ve virulansı
- Konağın spesifik durumu
  - Atopi: Allerjik fungal rinosinüzit
  - Diyabetik ketoasidoz: Mukormikozis

# Prognozu belirleyen konağın immün durumudur !!

- Hücresel immünite bozukluğunda mikotik enfeksiyonlara yatkınlık
- AIDS, organ transplantasyonu, hematolojik maligniteler, nötropeni, diabetes mellitus gibi hastalıklarda risk artar.
- Kortikosteroid tedavisi;
  - Candidiasis, cryptococcosis ve aspergillosis gibi mantar enfeksiyonları ↑



## Zygomycetes

Absida

Cunninghamella

Mucor

Rhinomucor

Rhizopus

## Hyaline moulds

Aspergillus

B. dermatitidis

Chrysosporium

Fusarium

Paecilomyces

Penicillium

Scedosporium

Scopulariopsis

Pseudallescheria boydii

## Dermatiaceous moulds

Alternaria

Bipolaris

Cladosporium

## Ascomycetous yeast

Candida

## Basidiomycetes

Schizophyllum

Cryptococcus neoformans

# Invaziv fungal rinosinüzit

- **Burun ve paranasal sinüslerin mikotik invazyonudur**
- **Tedavi edilmediği takdirde % 50 ila %80 oranında fatal seyreder**
- **Başlangıç semptomları son derece sinsidir**

- En yaygın şikayet nedeni bilinmeyen ateştir  
~ % 90 olguda
- Ateş, risk grubu hastalarda geniş spektrumlu antibiyotiklere rağmen 48 saat içinde düşmezse, invaziv fungal rinosinüzitten şüphelenilmelidir.
- Lokalize semptomlar %30 - 60 olguda:
  - Fasial ağrı, - Periorbital ağrı,
  - Nazal konjesyon, - Rinore
  - Baş ağrısıdır

# Geç semptomlar

- Görme kaybı
- Oftalmopleji
- Egzoftalmus
- Nörolojik belirtiler
- Damakta perforasyondur








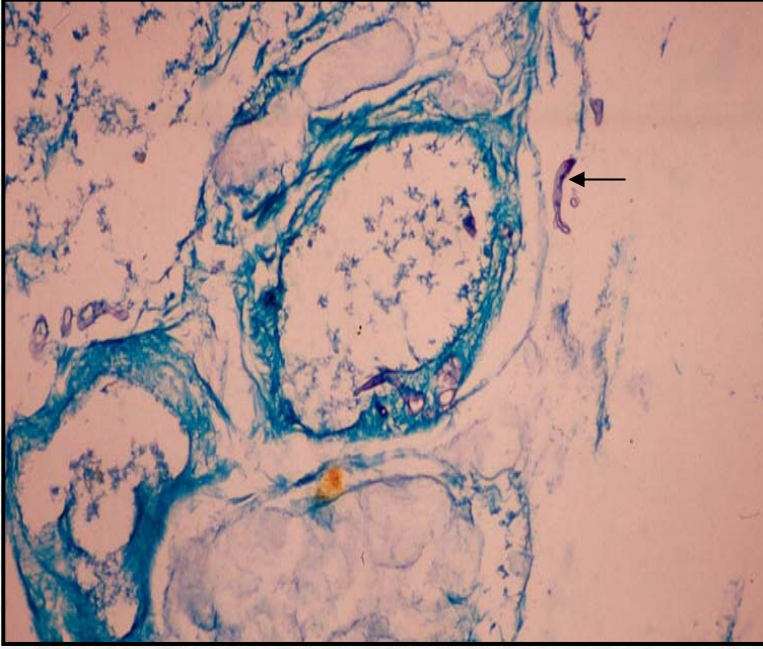
# Tanı

## Fizik muayene

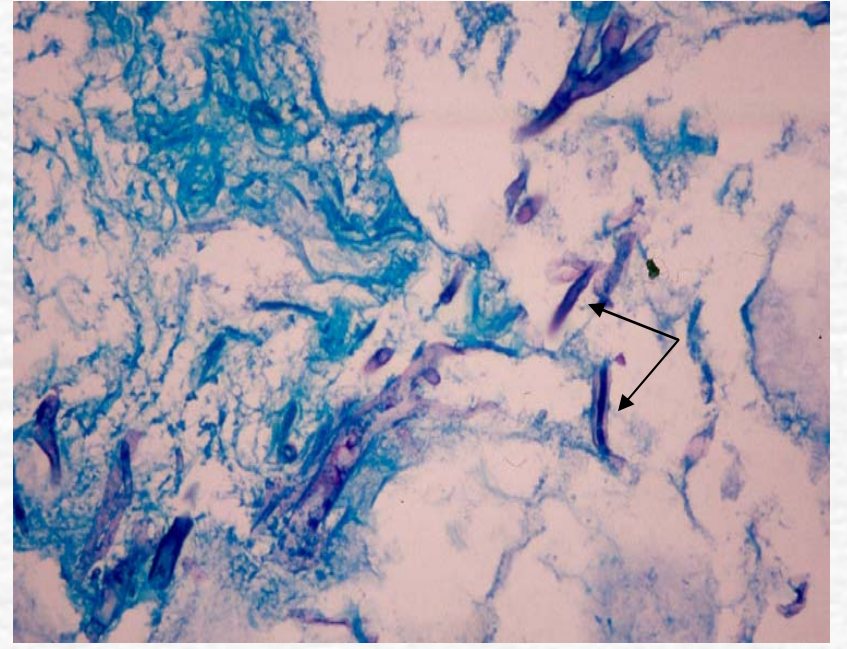
- Şüpheli her vakada endoskopik muayene
- Burunda başlar  paranazal sinüslere diğer derin dokulara yayılır
- Mukozada renk değişikliği, granülasyon ve ülserasyonlar
- Mukozal renk değişikliği grimsi, yeşilimsi, beyaz ve siyaha kadar değişik olabilir
- Beyaz renk → ağır iskemiye  
Siyah renk → yaygın nekrozu gösterir

- **Taze histopatolojik preparatların ve örneklerin mikroskopik incelenmesi**
- **Kültür**
- **Seroloji ve deri testleri**
- **Radyolojik incelemeler**
- **PCR : Spesifik fungal DNA tespiti**





**Light Green boyası, x100  
büyütme. Gland ve stromada  
belirgin mantar invazyonu var.  
Ok hifayı işaret etmektedir.**

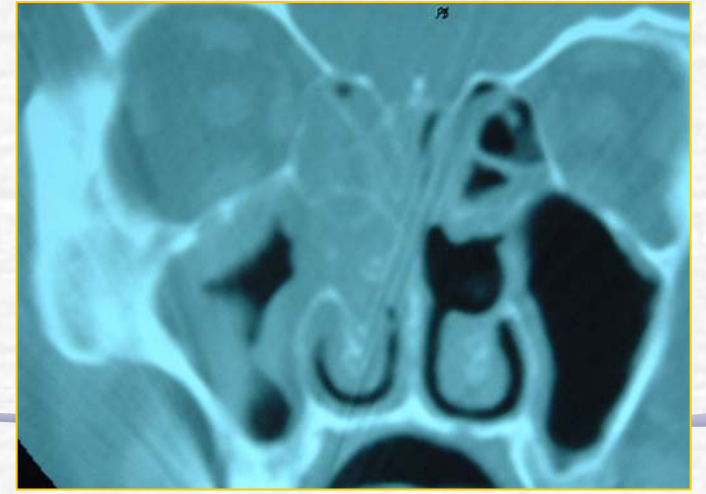


**Stromanın mantar invazyonu  
görülüyor. Oklar hifaları  
gösteriyor**



# RADYOLOJİK İNCELEME

- CT ve MRI
- CT'de tek taraflı nazal kavite mukozasında kalınlaşma en yaygın karşılaşılan bulgudur
- MRI özellikle hastalığın intrakranial ve orbital yayılımları hakkında daha detaylı bilgi verir.



# Tedavi

**Yüksek doz amphotericin B (>1,25 mg/kg/gün)**  
**Lipozomal amphotericin B (serum kreatinin > 2,5 mg/mL)**

**Cerrahi : - Debridman (kanamalı bölgeye kadar)**

- Biopsi ve kültür**
- Gerekirse 48-72 saat sonra ikinci girişim**
- Nötropeni için GCSF (Granulocyte colony-stimulating factor)**
- Ketoasidozun düzeltilmesi**

# PIERCING

- ✎ Giderek yaygınlaşmakta. Çok çeşitleri var: Kulak, dil, dudak, burun, kaş, göbük, vs..
- ✎ Piercing'le ilgili olarak birçok sporadik infeksiyon olgusu bildirilmektedir.
- ✎ Piercing'le ilgili infeksiyonlar:
  - Lokal infeksiyonlar: Kulak, dil, dudak
  - Uzak infeksiyonlar: Beyincik apsesi, endokardit
  - HBV, HCV, HIV



- ▶ 2000 yılında Oregon'da piercing yaptıran 25/118 kişide kulak infeksiyonu → Etken *P. aeruginosa*.
- ▶ Dezenfektan şişesinde ve lavaboda aynı bakteri.
- ▶ 4 olguda hospitalizasyon, cerrahi drenaj; birkaçında ciddi deformite.
- ▶ Üst kulak kıkırdağında infeksiyon daha fazla
- ▶ Özellikle kartilaj infeksiyonu olan olgularda kültür sonuçları çıkana kadar olası pseudomonas infeksiyonuna yönelik tedavi planlanmalı



