

Genel bilgiler

Kulak burun boğaz acillerinin en sık görülen nedenlerindedir. Basit kanama ve sızıntıdan hayatı tehdit edebilecek burun kanamalarına kadar değişik şiddette görülür. Travma, inflamasyon, operasyon, yabancı cisim ve tümörler gibi lokal nedenlere bağlı olabileceği gibi en başta hipertansiyon olmak üzere vasküler bozukluklar, aspirin kumadin gibi ilaçların kullanımı ve koagulopatilere bağlı sistemik nedenlere bağlı olabilir.

Klinik Bulgular

Epistaksis kanamanın lokalizasyonuna göre anterior ve posterior olmak üzere ikiye ayrılır. En sık anteriorda Kiesselbach's pleksus adı verilen damar anastomozlarının olduğu bölgeden kanama görülür. Yaşlı ve hipertansif kişilerde ise posterior kanama sıklığı artar. Postnazal yoldan hastada ağızdan kanamada görülebilir.

Hastaya ilk yaklaşımda kanamanın miktarı, sıklığı, hastanın sistemik hastalığı olup olmadığı, kullandığı ilaçlar hakkında bilgi alınmalıdır. Hipotansiyon, şok, anemi ve aspirasyon gibi hayatı tehdit edebilecek kanamalar görülebilir.

Tedavi

Epistaksis olgularının çoğu kendiliğinden iyileşmekte veya konservatif yöntemlerle düzeltilmektedir. Sistemik yaklaşımda şu hususlar uygulanmalıdır:

- 1- Havayolu açık tutulmalı, solunum kontrol edilmeli
- 2- Kardiak ritim ve tansiyon ölçülmeli
- 3- Kaybedilen kan miktarına göre hastaya sıvı replasmanına başlanmalı, gerekirse kan transfüzyonu uygulanmalı
- 4- Hipertansif hastada tansiyon kontrol altına alınmalı
- 5- Kanama diyatezi yada trombositopenik hastalarda gerekirse uygun kan elemanı replasmanı yapılmalı

Burun kanamasına müdahalede hasta dik oturuyor durumda olmalıdır. Baş hafifçe öne eğik burun kanatlarına 3-5 dakika yapılan baskı ile kanamaların çoğu kontrol altına alınır. Burun içinde biriken pıhtılar kanamanın durdurulmasını engelleyeceğinden aspire edilmeli ve nazal pasaj serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Anterior rinoskopide kanama odağı görülüyorsa o bölgeye %1'lik pantokain ve %0,1'lik adrenalin emdirilmiş pamuk tampon uygulanır. Kanama odağının görülemediği durumda her iki nazal pasaja uzun pamuk tamponlar konulur ve 5 dakika beklenir. Bu şekilde hem kanama kontrol altına alınır hem de tamponlar kılavuz görevi görerek çekildiğinde kanama odağının lokalizasyonu hakkında fikir verir. Kanama odağı görüldüyse gümüş nitrattı çubuk ile koterizasyon uygulanabilir. Hipertansif ve kanama diatezi bulunan hastalarda kimyasal koterizasyondan kaçınılmalıdır. Koterizasyon yapılırken çok aşırıya kaçınılmamalı, septum mukozası korunmalı ve septumun her iki tarafı septal perforasyona sebep olunmaması için aynı anda koterize edilmemelidir. Kanama durdurulduktan sonra tekrar oluşabilecek kanamaları önlemek için uygun şekilde kesilmiş gelfoam tampon üzerine antibiyotikli pomad sürülerek kanama odağı üzerine konulur. Gelfoam kendiliğinden eridiği için çıkarılmasına gerek yoktur, hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Burun içine yerleştirilen her yabancı cisimde sekonder infeksiyonu engellemek için antibiyotik başlanmalıdır. Amoksisilin tercih edilebilecek uygun bir ilaçtır. Posterior kanamaların çoğunda iyi yapılmış anterior tamponlama kanamayı durdurur. Kontrol altına alınamayan kanamalarda epistaksis balonu, foley kateter veya klasik gazlı bezden yapılmış posterior tampon kullanılabilir. Durdurulamayan şiddetli kanamalarda hastaya mümkün olduğunca çabuk ameliyathanede kanama kontrolü yapılmalıdır.

Komplikasyonlar

Burun kanamasına bağlı özellikle kronik hastalığı bulunanlarda hemodinamik instabilite gelişebileceği göz önünde bulundurulmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır. Tamponlamaya bağlı travmatik kanamalar görülebilir. Nazal pasajda tampon unutulması şiddetli enfeksiyona ve septum nekrozuna yol açacağından dikkatli olunmalıdır.

Takip ve Sonuç

Kanamamanın tekrarlamaması için nazal pasajın serum fizyolojik ile irigasyonu ve topikal dekonjestan olarak oksimetazolin günde üç kez beş gün boyunca önerilir. İnatçı ve tekrarlayan kanamalarda en başta hipertansiyon olmak üzere sistemik nedenler araştırılmalıdır. Hipertansiyonun kontrolü epistaksisi önleyecek en önemli tedavilerden biridir. Kanama sonrasında kontrolde lokal patoloji ve tümöral kanamayı ekarte etmek amacıyla endoskopik muayene yapılması uygun olur.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

1. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi 2004 479-493
2. Kucik CJ, et al. Management of Epistaxis. American Family Physicians. 2005;71:305-11

AKUT EKSTERNAL OTİT

Genel Bilgiler

Dış kulak yolunun bakteriyel enfeksiyonudur. Yaz aylarında, sıcak ve nemli iklimlerde daha sık görülür. Kulak ağrısı ve kulak akıntısı en belirgin iki semptomdur. Pseudomonas aeruginosa ve Staphylococcus aureus en sık neden olan organizmalardır.

Klinik Bulgular

Dış kulak yolu muayene bulguları:

Hiperemi

Ödem

Pürülan akıntı

Deskuamasyon

Aurikula hareketi ve tragus üzeri basılınca hassasiyet tanıya yardımcıdır. Dış kulak yolunun kapanmasıyla işitme kaybı oluşabilir. Tragus önünde lenfadenopatiler palpe edilebilir.

Tedavi

Tedaviye dış kulak yolundaki pürülan debrisin aspirasyonu ile başlanır. Lokal antibiyotik tedavisi, tedavinin en önemli parçasıdır. Pseudomonası kapsamaması açısından siprofloksasinli kulak damlası kullanılması uygun tercihtir. Siprofloksasin kulak damlası erişkinlerde 3x5 çocuklarda 3x3 kullanılır. Aminoglikozid türevi ilaçları kullanılması kulak zarı perforasyonu bulunan hastalarda kullanılması otovestibuler toksisite gelişme açısından kullanılması sakınca doğurabilir.

Dış kulak yolu ödemi azaltacak steroidli damlaların kullanılması faydalı olur.

Prednisolon kulak damlası erişkinlerde 3x5, çocuklarda 3x3 kullanılır.

Burrow solüsyonu (%4'lük alüminyum subasetat) hem antimikrobiyal hem de antiödem özelliğinden faydanılabilir. Dış kulak yolunu ileri derecede ödemli olduğu durumda burrow solüsyonu emdirilmiş bir tampon dış kulak yoluna yerleştirilir. Hasta burrow solüsyonunu tampon üzerine damlatarak sürekli nemli kalmasını sağlar. 24 saat sonra tampon çıkarılır ve lokal tedaviye devam edilir.

Şiddetli vakalarda, lokal tedaviye yanıtı az olan hastalarda, bilateral eksternal otiti bulunanlarda ve diyabet gibi altta yatan kronik hastalığı bulunanlarda lokal tedaviyle birlikte sistemik tedavi endikasyonu vardır.

Hastanın ağrısı için analjezik kullanımı unutulmamalıdır.

Komplikasyonlar

Diyabetli, yaşlı ve immun yetmezliği bulunan hastalarda eksternal otit, temporal kemik ve kafa tabanı osteomyelitine neden olan mortalitesi yüksek malign eksternal otite dönüşebilir.

Takip ve Sonuç

7-10 günlük lokal tedavi genelde yeterli olmakla birlikte hastanın tedaviye cevabına göre süre uzatılabilir. Tedaviye cevabın düşük olması durumunda direnç, sekonder bakteriyel yada mikotik enfeksiyonlar ile başta diyabet olmak üzere altta yatan diğer hastalıklar ve dermatolojik rahatsızlıklar düşünülmelidir.

FUNGAL EKSTERNAL OTİT (OTOMİKOZ)

Genel Bilgiler

Dış kulak yolunun mantar enfeksiyonudur. En sık etkenler sırasıyla aspergillus niger, candida albicans ve aspergillus fumigatusdur. Sıklıkla dış kulak yolu florasını değiştiren uzamış eksternal otit sonucunda görülürler.

Klinik Bulgular

Hastalar genelde kulakta tıkanıklık hissi ve kaşıntı şikayeti ile başvururlar. İlerleyen dönemde dış kulak yolunda eksudasyon sonucu akıntı görülebilir. Otoskopik muayenede mantar hiflerinden oluşan kolonilerin görülmesi ile tanı konur. Aspergillus nigerde siyah renkte, candidada beyaz renkte, aspergillus fumigatusda kahverengi renkte mantar hifleri görülür.

Tedavi

Mantar hifleri ve epitelyum döküntüleri temizlenir. Ketakonazol veya sikloproksolaminli solüsyon günde bir kez yedi damla şeklinde uygulanır. Bu ilaçların pomad formu da kullanılabilir. Alkol borik ve Burrow's (%4'lük alüminyum subasetat) solüsyonu gibi asidifiye edici damlalar aynı şekilde uygulanabilir.

Komplikasyonlar

Diyabetli ve immun sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyon şiddetli bir şekilde yayılabilir. Bu durumda sistemik, intravenöz tedavi uygulanması endikasyonu doğar.

Takip ve Sonuç

7 günlük tedavi genellikle yeterlidir. Otomikoz asemptomatik olarak seyredebileceğinden hastalar muhakkak kontrole çağrılmalıdır. Hastalara kulaklarını korumaları ve kuru tutmaları önerilir.

AKUT OTİT MEDIA

Genel Bilgiler

Orta kulakta akut enfeksiyon bulgularının olduğu orta kulak inflamasyonudur. Orta kulak, östaki tüpü ve mastoid hücre mukozasının bakteriyel bir enfeksiyonudur. Genellikle çocuklarda görülmekle birlikte her yaşta görülebilir. Öncesinde üst yolunun yolu enfeksiyonu genelde predispozandır. En sık etkenler sırasıyla Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza, Moraxella catarrhalis' tir.

Klinik Bulgular

Kulak ağrısı en belirgin semptomdur, bununla birlikte işitme azlığı, kulak akıntısı, tinnitus gibi lokal belirtilerle ateş, letarji, bulantı gibi sistemik belirtiler de gözlenebilir. Fizik muayenede kulak zarında hiperemi ve bombeleşme görülür.

Akut otit media beş evrede incelenebilir. İlk evre olan hiperemi evresinde hastada ateş ve otalji görülür. Eksudasyon evresinde otaljide ve ateşte artış ile birlikte toksemik tablo belirgindir. Timpanik membran bombeleşir, zar arkasında püy görülebilir. Süpürasyon safhası otorenin başladığı evredir. Nokta şeklinde bir perforasyondan püy gelişi izlenir. Bu dönemde hastanın şikayetlerinde azalma gözlenir. Hastaların büyük çoğunluğu kullanılan antibiyotiklerin de etkisiyle rezolasyon evresine girerken geri kalan kısmı ise komplikasyon evresine girer.

Tek başına orta kulakta sıvı varlığı akut otit media tanısı koydurmaz. Orta kulakta akut inflamasyon bulguları bulunmadan sıvı bulunmasına seröz yada efüzyonlu otit media denilir. Bu sıvı koleksiyonu akut otit mediadan sonrasında belli bir süre devam edebileceği gibi östaki fonksiyon bozukluğu, adenoid hipertrofisi bulunan çocuklarda da görülebilir. 2 yaşına kadar orta kulakta sıvı fizyolojik kabul edilmelidir.

Tedavi

Beta-laktamaz üreten suşların fazlalığı nedeniyle amoksisilin klavulanik asit kombinasyonu ilk tercih edilecek ilaçtır. Çocuklarda 45-90 mg/kg'dan, erişkinlerde ise günde iki kez 1 gram kullanılır. İkinci veya üçüncü kuşak sefalosporinler de tercih edilebilir. Sefuroksim aksetil 30 mg/kg'dan 2x1 şeklinde kullanılabilir. Azitromisin ve klaritromisin tüm patojenlere karşı etkilidir. Azitromisin çocuklarda 10 mg/kg'dan, erişkinlerde 500 mg günde tek doz, klaritromisin çocuklarda 15 mg/kg'dan 2x1, erişkinlerde ise 2x500 mg şeklinde kullanılır.

Nazal ve östaki konjesyonunu azaltması açısından lokal ve sistemik dekonjestanlar kullanılabilir. Aynı zamanda bu ilaçlar eşlik eden rinit ve sinüzit gibi üst solunum yolu infeksiyonlarının tedavisine yardımcı olur. Psödoefedrin erişkinlerde 3x60 mg, 2-5 yaş arası çocuklarda 3x15 mg, 6-12 yaş arası çocuklarda 3x30 mg dozlarında kullanılır. Oksimetazolinli burun damlası çocuklarda, burun spreyi ise erişkinlerde 3x1 şeklinde kullanılması uygundur. Ancak bu ilaçların hem lokal hem de sistemik yan etkilerinden dolayı beş günden uzun süre kullanılmaları önerilmez.

Analjezik ve antipiretik tedavi unutulmamalıdır.

Komplikasyonlar

İntratemporal komplikasyonlar, kronik otit media, kolesteatom, mastoidit, labirentit, petrozit, faysal paralizisi; ekstratemporal komplikasyonlar menenjit, beyin apsisi, subdural ampiyem, lateral sinüs tromboflebiti, otitik hidrosefali; ekstrakraniyal komplikasyonlar ise bezold apsisi, postaurikular apse ve zigomatik apsedir.

Takip ve Sonuç

Tedaviye 48-72 saat içinde yanıt alınmazsa başka bir antibiyotiğe geçirilir. Tedavi 10-14 gün sürdürülür. Akut otit media sonrasında orta kulakta efüzyonun 2-6 hafta kadar devam edebileceği unutulmamalıdır.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

1. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi 2004 109-128, 173-196
2. Fromm J, Culpepper L, Grob P et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media; Report from international primary care network British Medical Journal. 1990 March 3;300(6724):582-586
3. Corbeel L. What's new in otitis media. European Journal of Pediatrics.2007;166:511-519