

Fasiyal Paralizi ile Ortaya Çıkan Nüks Kolesteatom: Olgu Sunumu

Recurrent Cholesteatoma Presenting with Facial Paralysis: Case Report

Dr. Sami BERÇİN, Dr. Togay MÜDERİS, Dr. Özgür KARAMEŞE, Dr. Muzaffer KIRIŞ

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB 2 Kliniği, Ankara

ÖZET

Kolesteatom cerrahisinde ulaşılmak istenen amaç orta kulak veya mastoiddeki kolesteatom ya da hastalığı temizlemek, rekürrensi önlemek ve işitmeyi de maksimum seviyede tutmaktır. Bu olgu sunumunda 7 yıl önce kolesteatom nedeniyle sağ kulağa radikal mastoidektomi yapılan ve yaklaşık 3 aydır süren periferik fasiyal paralizi şikayeti ile kliniğimize başvuran bir hasta sunulmaktadır. Hastanın fizik muayenesinde; mastoid kavitede kolesteatom ile uyumlu bulgu yoktu, önceki operasyonda yerleştirilmiş olan fasiya intaktı. Odyolojik incelemede hava yolu saf ses ortalaması 117 dB olan mixt tip işitme kaybı izlendi. Sağda total periferik fasiyal paralizi mevcuttu (House Brackman grade 6). Kulak muayenesinde kolesteatom nüksünü düşündürecek herhangi bir bulgusu olmayan ve önceki ameliyatından sonra herhangi bir akıntı öyküsü de olmayan hastanın, çekilen Temporal Kemik Bilgisayarlı Tomografisinde orta kulak boşluğunda geniş boyutlu yumuşak doku lezyonu, promontoriumda destrüksiyon, fasiyal sinirin 2. segmentinde duvar destrüksiyonu rapor edilmiştir. Hastaya yapılan revizyon mastoidektomide orta kulak ve mastoid kaviteyi dolduran yumuşak doku temizlendi. Fasiyal sinir timpanik segmentten itibaren açık olarak izlendi. Postoperatif 3. ayda fasiyal paralizin grade 2-3 seviyesine gerilediği görüldü.

Anahtar Sözcükler

Fasiyal paralizi, kolesteatoma

ABSTRACT

The aim of cholesteatoma surgery is universally the same; to clear the cholesteatoma or the disease in the middle ear or mastoid cells, and to conserve hearing at maximum levels. In this case report, a male patient who admitted to our clinic with the complaints of peripheric facial paralysis lasting for 3 months is presented. He had a history of right radical mastoidectomy 7 years ago because of cholesteatoma. In physical examination; the mastoidectomy cavity appeared clear, there was no cholesteatoma, the fascia placed in prior surgery was intact. The audiologic examination showed a near total hearing loss with air conduction pure tone average of 117 dB. The patient right grade 6 total peripheric facial paralysis. The microotoscopic examination appeared normal, there was no sign of recurrence of cholesteatoma, and the patient had no history of ear discharge after prior operation. The CT imaging showed extensive soft tissue lesion in the middle ear cavity, destruction at promontorium, and bony wall destruction at the second segment of facial nerve. The soft tissue which filled the middle ear and mastoid cavity was removed in revision mastoidectomy. Facial nerve was exposed at the tympanic segment. Three months after the operation, the grade of facial paralysis decreased to grade 2-3.

Keywords

Facial paralysis, cholesteatoma

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 22.12.2008

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 05.03.2009

≈

Yazışma adresi

Dr. Sami BERÇİN

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

KBB 2 Kliniği, Bilkent ANKARA

E posta: sbercin@hotmail.com

Tel: 2912525/4784

GİRİŞ

Fasiyal paralizisi kronik otitis medianın en önemli intratemporal komplikasyonlarından birisidir. Kronik otitis mediaya bağlı fasiyal paralizisi olup cerrahi olarak eksplore edilen hastalarda, fasiyal sinirin kemik kanalında genellikle ikinci dirsekte olmak üzere kolesteatoma veya granülasyon dokularının oluşturduğu bir açıklık tespit edilebilir.

Kolesteatom ile birlikte olan fasiyal paralizde, paralizisi mekanizmasında inflamasyon ve sinire direkt bası etkili olabilir. Kolesteatomdan kaynaklanan fasiyal paralizinin en önemli işareti, onu Bell's paralizisinden ayırt eden, kademeli ve yavaş başlangıçtır. Çoğu vakada kolesteatomun temizlenmesi ve sinirin dekompresyonu, perinöriyumu açmaksızın, paralizinin iyileşmesini sağlar. Cerrahi yaklaşımda; attikotomi, basit mastoidektomi, intakt kanal veya köprü indirilmesi, radikal mastoidektomi ve Bondy yöntemleri vakanın özelliğine göre tercih edilebilir.¹ Kanalın indirilmesi (açık teknik) veya korunması (kapalı teknik) yöntemlerin avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Kapalı teknikte rekürrens %11-27 arasında değişmekte iken açık teknikte bu oran %2-10 arasındadır.²

Daha önce iki kez fasiyal paralizisi atağı öyküsü olan ve açık teknik mastoidektomi uygulanmış olan bu vaka bize üçüncü fasiyal paralizisi atağı ve işitme azlığı şikayetiyle gelmiştir. Bu hastayı, kulak muayenesinde saptanmamasına rağmen, ayrıntılı görüntüleme yöntemlerinin altta yatan hastalığı belirlemedeki önemini gösteren bir örnek olması nedeniyle sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Otuz beş yaşında erkek hasta uzun süredir devam eden işitme kaybı ve yaklaşık 3 aydır mevcut olan sağ tarafta yüz felci şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastada 2001 yılında geçirilmiş sağ radikal mastoidektomi öyküsü mevcuttu. Olgu, ameliyattan sonra iki kez fasiyal paralizisi atağı geçirmiş olduğunu ifade etti. İki seferde de görüntüleme yöntemi uygulanmadan steroid tedavisi ile düzeldiğini belirtti. Hastanın aile öyküsünde bir özellik yoktu. Muayenesinde kulak kavitesi temiz izlendi, önceki operasyonda konulmuş olan fasiya intaktı. Sağda 117 dB mikst tip işitme kaybı mevcuttu. Sağda House-Brackman sınıflamasına göre grade 6 periferik fasiyal paralizisi mevcuttu. Hastadan temporal bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Tomografisinde, sağ orta kulak boşluğunda geniş boyutlu yumuşak doku lezyonu mev-

cuttu. Petröz kemikte, mastoid antrum düzeyinde ve promontoriumda destrüksiyon vardı. Fasiyal sinir ikinci segmenti düzleminde kanal duvarında destrüksiyon dik-kati çekiyordu (Resim 1).

Hastaya revizyon radikal mastoidektomi planlandı. Kavite açıldığında; orta kulak ve mastoid boşluğu tamamen dolduran kolesteatom matriksi ile karşılaşıldı. Fasiyal sinir timpanik segmentten itibaren açıktaydı, sinir tamamen kolesteatom ile sarılıydı. Kolesteatom tamamen temizlendi, fasiyal sinirin bütünlüğünün korunduğu görülerek operasyona son verildi. Postoperatif erken dönemde fasiyal sinir fonksiyonlarında herhangi bir düzelme saptanmayan hastanın beşinci aydaki kontrolünde paralizinin grade 2-3 düzeyine gerilediği görüldü.

TARTIŞMA

Kolesteatomalar, temporal çok katlı yassı epitelle kaplı, deskuame keratin içeren yer kaplayan lezyonlarıdır. Kolesteatoma, enfeksiyon, akıntı, kemik yıkımı, işitme azlığı, fasiyal sinir paralizisi, labirent fistülü ve intrakraniyal komplikasyonlara (epidural ve subdural abseler, parankimal beyin absesi, menenjit ve dural venöz sinüs tromboflebiti) neden olabilir. Kolesteatoma terimi 1838 yılında Mueller tarafından ortaya atılmış yanlış bir terimdir. Sonrasında Schuknecht tarafından daha uygun bir terim olan keratoma terimi ortaya atılmış olmasına rağmen ilk isimlendirmenin kullanımı sürmektedir.³ Kolesteatoma matriksi bağ dokusu üzerinde



Resim 1. Preoperatif dönemde çekilen aksiyal temporal kemik BT'de sağda mastoid kaviteden orta kulağa doğru uzanan yumuşak doku kitlesi görülmektedir.

bulunan differansiye yassı epitelden oluşmaktadır. Kolesteatom matriksinin derin epitel tabakaları altta bulunan bağ dokusuna doğru büyüme aktivitesi gösterir. Kemik ile temas yüzeyinde her zaman bir granülasyon dokusu mevcuttur. Bu granülasyon dokusu katmanı çeşitli enzimler salgılayarak (örneğin kollajenaz) kemik yıkımına neden olur.¹⁻³

Otitis media komplikasyonu olarak gelişen fasiyal paralizi; daha çok kolesteatomalı kronik otitis mediada (KOM) olmakla birlikte her tip KOM'da görülebilir.^{4,5} Otite bağlı periferik fasiyal paralizinin gelişiminde genel olarak kabul edilen faktörler; enfeksiyonun eşlik ettiği osteit, kemik erozyonu ve ödeminin yol açtığı kompresyon ve direkt inflamasyon olarak tanımlanmıştır.^{6,7} Kolesteatoma orta kulak kavitesinin değişik bölgelerine yerleşir ve bulunduğu bölgenin anatomik özelliğine bağlı olarak farklı davranışlar gösterir. Anterior epitimpanik kolesteatomlarda fasiyal sinir komşuluğu nedeniyle fasiyal paralizi sık görülür.

Primer cerrahi veya revizyon cerrahisinde infekte olmamış ya da tutulmamış hava hücrelerinin açılması tartışmalıdır. Persistan vakalar incelendiğinde kolesteatomun vakaların %92'sinde mastoid sistemin sinodural açıdaki hava hücrelerindeki kalıntılardan ve %88'inde tegmental hava hücrelerindeki kalıntılardan kaynaklan-

dığı görülmektedir.⁴ Brandow⁸ enfekte ya da hastalıklı hava hücrelerinin temizlenmesi gerektiğini, bununla birlikte tutulmamış hücrelerin tümüyle temizlenmeye ihtiyacı olmadığını savunur. Buna karşılık Cheesman⁹ nüksün sebebinin, normal olduğu için bırakılan mastoid hücreleri olduğunu savunur. Revizyon cerrahisi primer cerrahiye göre daha fazla komplikasyon ve risk taşır. Kolesteatom cerrahisinde amaç orta kulak veya mastoiddeki kolesteatom ya da hastalığı temizlemek, aynı zamanda minimal hastalık rekürrensine neden olacak cerrahiye uygulamak ve nörovasküler yapıyı en iyi şekilde koruyup işitmeyi de maksimum seviyede tutmaktır.

Bu vakada daha önce fasiyal paralizi öyküsü olup, revizyon radikal mastoidektomi operasyonu uygulanan hastanın paralizi şiddetinde azalma izlenmiştir. Kulak akıntısı olmayan, otoskopide temiz görünümde bir kavitesi bulunan hasta fasiyal paralizisi bulunmasa tamamen normal değerlendirilip izleme devam edilecekti. Bu vakanın ilginç yanı kolesteatomun klinikte karşımıza çıkış şekli ve sessizce ilerlemesidir. O yüzden özellikle kolesteatom hikayesi olan hastaların takibinde BT ve Manyetik Rezonans gibi radyolojik inceleme yöntemlerinin yeri önemlidir. Sonuç olarak, sorunlu olgularda muayene ile yetinilmeyip radyolojik incelemeye başvurulması gizli kalan bulguları ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Chole RA, Sudhoff HH. Kronik Otitis Media, mastoidit ve petrozit. Çeviri; Özşahinoğlu C. In: Cummings WC, Flint PW, Lee AH, eds. Otolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi. Çeviri ed. Koç C, Ankara: Güneş Yayınevi, 2007;2994-3002.
2. Karmarkar S, Bhatia S, Saleh E, DeDonato G, Taibah A, Russo A, Sanna M. Cholesteatoma surgery: the individualized technique. Ann Otol Rhinol Laryngol 1995;104(8):591-5.
3. Kinney SE. Intact canal wall tympanoplasty with mastoidectomy for cholesteatoma: Long term follow up. Laryngoscope 1988;98(11):1190-4.
4. Megerian CA, Cosenza MJ, Meyer SE. Revision tympanomastoid surgery. ENT Journal 2002;81(10):718-26.
5. Phelan E, Harney M, Burns H. Intraoperative findings in revision canal wall down mastoidectomy. Ir Med J 2008;101(1):14.
6. Quaranta N, Cassano M, Quaranta A. Facial paralysis associated with cholesteatoma: A review of 13 cases. Otol Neurotol 2007;28(3):405-7.
7. Yetişer S, Tosun F, Kazkayasi M. Facial nerve paralysis due to chronic otitis media. Otol Neurotol 2002;23(4):580-8.
8. Brandow EC. Revision surgery for the mastoid cavity. Otolaryngol Clin North Am 1974;7(1):41-56.
9. Cheesman AD. Changes in otological teaching following analysis of failures in surgical technique. Clin Otolaryngol 1978;3(3):233-7.