

ERİŞKİN YAŞ GRUBUNDA GÖRÜLEN SEKRETUAR OTİTİS MEDIA'DA NAZAL KAVİTE VE NAZOFARENKS PATOLOJİLERİ

NASAL CAVITY AND NASOPHARYNGEAL PATHOLOGIES IN OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN THE ADULT

Dr. Sema BAŞAK (*), Dr. Kubilay K. METİN (*),
Dr. Gökhan ERPEK (*), Dr. Hülya NAR (*)

ÖZET: Giriş: Esas olarak bir çocukluk çağı hastalığı olmakla birlikte erişkinlerde de görülebilen sekretuar otitis media'nın (SOM) gelişiminde rol oynayan nedenler tartışmalıdır. SOM 'nun risk faktörleri içinde nazal ve nazofarengeal patolojiler de bulunmaktadır. Bu prospektif çalışmada erişkin SOM'lu hastalarda nazal ve nazofarengeal patolojiler araştırılmıştır. **Gereç ve yöntem:** Mart 1997 - Ekim 1998 tarihleri arasında polikliniğimizde ilk kez SOM tanısı alan 42 erişkin hasta çalışmaya alındı. Hastalar 17-84 yaşları arasındaydı (ortalama yaş 50 16.4). Erkeklerin kadınlara oranı 28/14 idi. Rutin KBB muayenesi sonrası yapılan endoskopik incelemede sağ ve sol toplam 84 nazal kavite ve nazofarenks değerlendirildi. **Bulgular:** 22 nazal kavite (% 26.1) ve 30 nazofarenks (%35.7) muayenesi normaldi. Nazal kavitenin 32'sinde pürülan akıntı (% 38.0), 20'sinde septum deviasyonu (%23.8), 12'sinde orta konka hipertrofisi (% 14.2), 9' unda alt konka hipertrofisi (%10.7), 6'sında seröz burun akıntısı (%7.1), 2'sinde antrokoanal polip (%2.3) saptandı. Östaki tüpü ağzılarının 26'sında pürülan akıntı (%30.9), 18'inde tıkanıklık (%26.4), 10'unda ödem (%11.9), 4'ünde atrofi (%4.7) gözlemlendi. Kırk iki hastanın 18'inde sinüzit (%42.8), 2'sinde nazofarenks karsinomu (% 4.7), 2'sinde antrokoanal polip (%4.7), 1'inde radyoterapi (% 2.3), 1 'inde adenoid doku hipertrofisi (%2.3), 1 'inde kafa travması (%2.3) olası SOM nedenleri olarak değerlendirilirken, 17 (%40.4) hastada belirgin bir neden saptanmadı. **Sonuç:** Bulgularımız daha önce vurgulanan SOM ve sinüzit arasındaki ilişkiyi doğrular niteliktedir. Nazal endoskopi sinüzitin tanısında oynayacağı anahtar rolün yanı sıra nazofarenks karsinomu gibi patolojilerin erken tanısına da olanak vermesi nedeniyle SOM'lu hastaların araştırılmasında önemli bir yer tutmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Sekretuar otitis media, etyoloji, erişkin, endoskopi.

SUMMARY: Introduction: Although secretory otitis media (SOM) is primarily a childhood problem, it can also be found in adults and the factors involved in development of this disease is controversial. Among the risk factors of SOM are nasal and nasopharyngeal pathologies. In this prospective study, the nasal and nasopharyngeal findings in adult patients with SOM were investigated. **Materials and Methods:** Between March 1997-October 1998, 42 adult patients diagnosed as SOM first time in our outpatient unit were included in the study. Patients were between 17-84 years of age (mean age 50 16.4) and male/female ratio was 28/14. After routine ENT examination, totally 84 nasal cavities and nasopharynx were assessed with endoscopic examination. **Findings:** The examinations of 22 nasal cavities (26.1 %) and 30 nasopharynx (35.7%) were normal. Thirty-two nasal cavities (38.0%) showed purulent discharge, 20 (23.8%) septal deviation, 12 (14.2%) hypertrophy of middle conchae, 9 (10.7%) hypertrophy of inferior conchae, 6 (7.1%) serous nasal discharge and 2(2.3%) antrochoanal polyp. At the orifice of Eustachian tubes there were purulent discharge in 28 sides (30.9%), obstructions in 18 sides (21.6%), oedema in 10 sides (11.9%) and atrophy in 4 sides (4.7%). The factors possibly causing SOM were appreciated as sinusitis in 18 (42.8) of 42 patients, nasopharyngeal carcinoma in 2(2.3%) and antrochonal polyp in 2(2.3%), whereas no detectable causes found in 17patients (40.4%). History of radiotherapy, adenoid vegetation and history of head trauma were present in the rest 3 patients. **Results:** Our findings are comparable with the ones pointing out the relationship between SOM and sinusitis. Because of the fact that nasal endoscopy plays a key role in the diagnosis of sinusitis in addition to its ability of detecting nasopharyngeal carcinoma earlier, it should have an important place in investigation of patients with SOM.

Key Words: Secretory otitis media, aetiology, adult, endoscopy.

(*) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB
Anabilim Dalı, AYDIN

GİRİŞ

Sekretuar otitis media (SOM) genel ve lokal enfeksiyon belirtileri ve bulguları olmaksızın sağlam kulak zarı arkasında sıvı toplanmasıyla karakterize bir otitis media tipidir (1). SOM gelişiminde rol oynayan en önemli etkenlerden birinin östaki tüpünün fonksiyonunun bozulması olduğu konusundaki görüş birliğine karşın, normal fonksiyonu bozan nedenler halen tartışmalıdır (15,16). Akut ve kronik sinüzit, alerji, primer ya da sekonder sigara içiciliği, yarık damak, kraniofasial anomaliler, doğuştan ya da edinilmiş bağışıklık yetmezliği, primer silier diskinezi, uzamış nazogastrik sonda kullanımı veya nazotrakeal entübasyon, adenoid doku hipertrofisi, nazofarenksin benign/malign neoplazmları, infratemporal fossa lezyonları, petröz apeks lezyonları, barotravma, radyoterapi, kafa travması gibi birçok risk faktörünün olduğu bildirilmektedir (4,5,7,9,17).

SOM esas olarak bir çocukluk çağı hastalığı olmakla birlikte erişkin yaşlarda da görülmektedir (4). Schucknecht erişkinde orta kulak effüzyonuna yol açan mekanizmaları; östaki tüpünün tıkanması (Hydrops ex-Vacuo teorisi), bilinmeyen bir nedenle orta kulak mukozasının aktif sekresyonu ve orta kulak ile mastoid kaviteye beyin omurilik sıvısı sızması olarak üç grupta toplamıştır (13). SOM çocuk yaş grubunda her yönüyle birçok kez araştırılmasına karşın erişkin grupta yapılmış çalışmalar daha az sayıdadır (4,9,11,13). Finkelstein erişkin yaş grubunda SOM'nun düşünülenden daha sık görüldüğünü ve prospektif çalışmalara gereksinim olduğunu vurgulamaktadır (4). Bu prospektif çalışma ile erişkin yaş grubundaki SOM'lu hastalarımızda nazal ve nazofarengeal patolojiler araştırılmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Mart 1997-Ekim 1998 yılları arasında poliklinikimizde ilk kez SOM tanısı alan ve muayene sırasında ya da yakın dönemde herhangi bir tıbbi tedavi görmemiş 42 erişkin hasta çalışmaya alındı. Hastalar 17-84 yaşları arasındaydı (ortalama yaş 50) ve erkeklerin kadınlara oranı 28/14 idi. Öykü, rutin KBB muayenesi, odyometrik ve timpanometrik incelemelerde SOM tanısı konulduktan sonra hastaların Water's grafileri çekildi ve 0 derece rijid Hopkins teleskop ve/veya fleksibl fiberoskop ile nazal endoskopi yapıldı. Muayene öncesi oksimetazolin Hcl ile dekonjeste edilen

nazal kavitelelerin topikal anestezisi %10'luk lidokain sprey ile bağlandı. Nazal endoskopi sırasında septum deviasyonu, nazal kavitede akıntının varlığı, varsa akıntının tipi, alt ve orta konkaların durumu, benign ya da malign tümörlerinin varlığı, östaki tüpünün faringeal ağzında ödem, sekresyon, atrafi ya da tıkaçıcı bir patolojinin bulunup bulunmadığı ve Rosenmüller çukurunun durumu araştırıldı. Nazofarenksle adenoid doku hipertrofisi ya da başka bir kitlenin olup olmadığı kaydedildi. Nazofarenks tavanında yerleşmiş küçük adenoid dokular değerlendirme dışı bırakıldı. Sinüzit tanısı öykünün yanı sıra, nazal kavite ve / veya nazofarenkste pürülan akıntının varlığı ve Water's grafileri değerlendirilerek konuldu.

SONUÇ

Hastaların asıl yakınması olan işitme azlığı (40 hasta, % 95.2), burun tıkanıklığı (30 hasta %71.4) izlenmekteydi, baş ağrısı (20 hasta % 47.6) üçüncü sıradaydı. Kulak ağrısı (16 hasta % 38.0), öksürük (14 hasta % 33.3) ve burun akıntısı (12 hasta % 28.5) diğer yakınmalardı. 14 (%33.3) hastanın Water's grafilinde maksiller sinüs patolojisi saptandı. Bunların % 50'si SOM ile aynı taraftaydı

Endoskopik muayene sırasında sağ ve sol toplam 84 nazal kavitede saptanan bulgular Tablo 1'de, nazofarenkste saptanan bulgular Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bulgular	Nazal kavite (n=84)	%
Normal	22	26.1
Pürülan akıntı	32	38.0
Septum deviasyonu	20	23.8
Alt konka hipertrofisi	9	10.7
Orta konka hipertrofisi	12	14.2
Seröz burun akıntısı	6	7.1
Antrokoanal polip	2	2.3

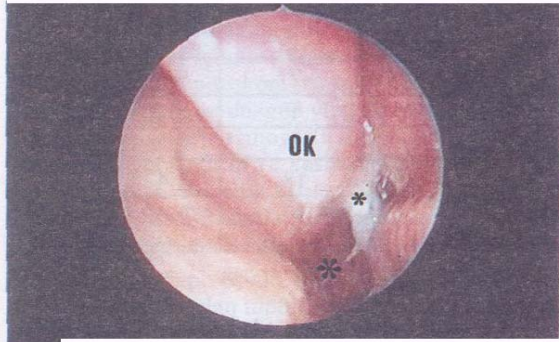
Tablo 1: Endoskopi sırasında nazal kavitede saptanan patolojiler (Sağ ve sol taraf toplamı 84 nazal kavite)

Hastaların % 26.1'inde nazal muayene, % 35.7'sinde nazofarenks muayenesi tamamen normaldi. Diğer hastaların muayenesi sırasında bir ya da birden çok patoloji saptandı.

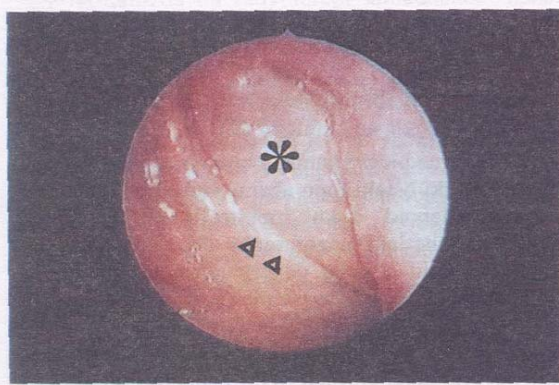
Bulgular	Nazofarenks (n = 84)	%
Normal	30	35.7
Östaki tüpü ağzında pürülan akıntı	26	30,9
östaki tüpü ağzında tıkanıklık	18	21.4
Östaki tüpü ağzında ödem	10	11.9
Östaki tüpü ağzında atrofi	4	4.7
Nazofarenkste skar dokusu	1	1.1
Rosenmüller çukurunda kitle	1	1.1
Nazofarenksi dolduran kitle	2	2.3
Adenoid vejetasyon	2	2.3

Tablo 2: Endoskopi sırasında nazofarenkste saptanan bulgular (Sağ ve sol taraf toplam 84 nazofarenks)

Nazal kavite ve östaki tüpü ağzında pürülan akıntı en sık saptanan patolojik durumlarıdır (Resim 1). Bir hastamızda her iki koanayı tam olarak tıkayarak nazal kaviteye taşan adenoid doku hipertrofisi saptandı. Diğer hastalardaki küçük adenoid dokular değerlendirilmeye alınmadı. 10 (%11.9) hastada östaki tüpünün farengal ağzında ödem (Resim 2), 4 (%4.7) hastada

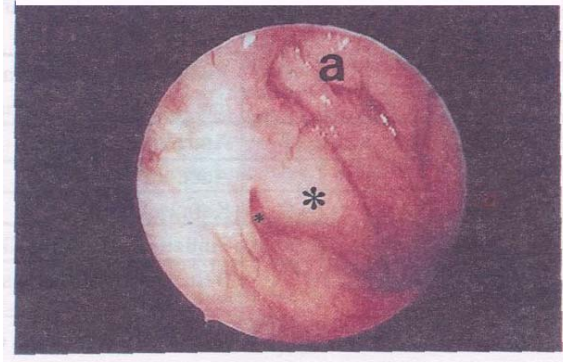


Resim 1: Sol nazal kavitede orta meatustan nazofarenkse doğru ilerleyen pürülan akıntı (OKX: orta konka, küçük yıldız; pürülan akıntı, büyük yıldız: nazofarenks).

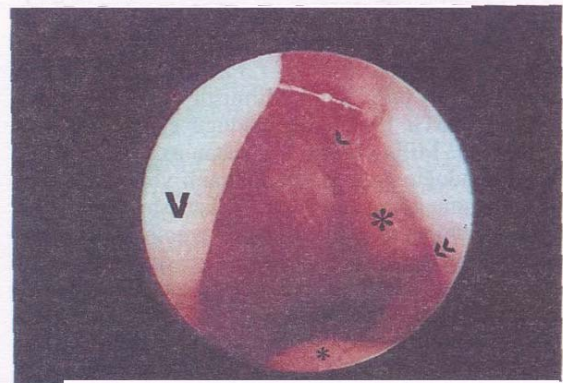


Resim 2: Sol östaki tüpü ağzı ödem nedeniyle tıkanmış (Yıldız: torus tubarius, ok başları: Pürülan akıntı).

östaki tüpünün farengal ağzında atrofi saptandı (Resim 3). Radyoterapi geçirmiş olan bir hastamızda Rosenmüller çukurunda skar dokuları belirlendi (Resim 4). Daha sonra biyopsi ile nonkeratinize diferansiyel nazofarenks karsinomu tanısı konulan iki

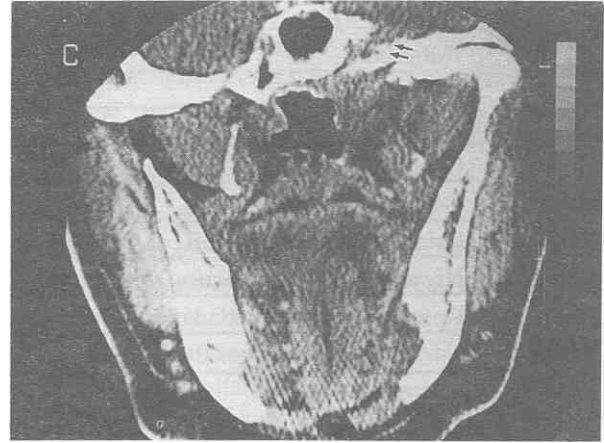


Resim 3: Sağ östaki tüpü ağzında atrofi (a: nazofarenks çatısında yerleşmiş küçük adenoid dokular, küçük yıldız; östaki tüpü ağzı, büyük yıldız: torus tubarius).



Resim 4: Radyoterapi sonrası sol Rosenmüller çukurunda yapışıklık (V: Vomer, tek ok başı: skar dokuları, çift ok başı: östaki tüpünün ağzı ödem nedeniyle tıkalı, küçük yi: yumuşak damak, büyük yıldız: torus tubarius).

hastamızdan birinde sol Rosenmüller çukurunu dolduran düzgün yüzeyli kitle mevcutken (Resim 5), diğerinde nazofarenksin büyük kısmını dolduran vejetan kitle saptandı. Tablo 3' te hastaların bazı özellikleri ve SOM nedenleri özetlenmiştir. 17 (%40.4) hastada SOM'ya neden olabilecek belirgin bir patoloji bulunmamıştır. Öykü, nazal endoskopi ve Water's grafiginin değerlendirilmesi sonucu muayene edilen dönemde hastaların 18'inde (%42.8) sinüzit bulunduğu ve bunların 6'sının (%33.3) akut, 12'sinin (%67) kronik olduğu saptanmıştır.



Resim 5: Sol nazofarenkste üst-yan duvarda torus tubariusu da içine alan, komşu kemik yapılarında destrüksiyon yapan kitle.

Yaş	Cins E/K	SOM nedeni	Hasta sayısı (n =42)	%
17-72	2/0	Nonkeratinize differansiye tip nazofarenks karsinomu	2	% 4.7
60	1/0	Radyoterapi (Nonkeratinize differansiye tip nazofarenks karsinomu nedeniyle)	1	% 2.3
31-40	1/1	Antrokoanal polip	2	% 4.7
21	1/0	Adenoid vejetasyon	1	% 2.3
33	1/0	Kafa travması	1	% 2.3
18-65	12/6	Sinüzit (akut ve kronik)	18	% 42.8
19-84	10/7	Belirgin bir patoloji saptanmayanlar	17	% 40.4

Tablo 3: Hastaların bazı özellikleri ve SOM nedenleri

TARTIŞMA:

Lareksin SOM'lu erişkin ve çocuk hastalarda kronik nazal semptomların insidansının kontrol gruplarına göre yüksek olduğu birçok kez rapor edilmiştir (3,6,9,10,14). Finkelstein erişkinlerdeki SOM'da saptadıkları en sık nedenin % 47.3 ile akut ve % 19.8 ile kronik sinüzit olduğunu bildirmiştir (4). Robinson'un erişkin SOM'lu hastalarda bulunduğu sinüzit oranı % 15'tir (11). Mills erişkin 75 hastanın 22'sinde SOM tanısı konduğu sıradaki üst solunum yolu enfeksiyonu olduğunu bildirmiştir (9). Takahashi östaki tüpü ağzının pürülan akıntı ile tıkanma oranını % 23.1 olarak vermiştir (15). Nazal endoskopi sırasında en sık saptadığımız patolojik bulgular nazal kavitede (% 38.0) ve östaki tüpü ağzında (% 30.9) pürülan akıntıydı. Literatürde bildirilenlere benzer biçimde erişkin SOM'lu hastalarımızda en sık neden olan akut ya da kronik sinüzit saptanmıştır. Finkelstein burun ve geniz akıntısı yakınmaları olmasa dahi erişkin ve çocuk SOM'lu hastalarda pürülan akıntının en sık patolojik nazal endoskopi bulgusu olduğunu bildirmiş ve tanı açısından endoskopinin oynadığı anahtar rolü vurgulamıştır (15).

Hastalarımızda burun tıkanıklığı % 71.4 ve baş ağrısı % 47.6 oranıyla işitme azalmasından sonraki en sık yakınmalardı. Kulak ağrısı tanımlayan hastalarımızın oranı % 38.0 idi. Mills SOM'lu çocuk hastalarda kulak ağrısı yakınması oranını % 72, erişkinlerde % 42 olarak bulmuş ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir (9). O bu anlamlı farkı çocuklarda akut süperatif otitis media ve SOM'nun birbirleriyle yakın ilişkili hastalık tabloları oluşuyla açıklamıştır (9).

Yalnızca bir hastamızda bütün nazofarenksi dolduran, her iki östaki tüpü ağzını ve koanayı tamamen tıkayan adenoid doku hipertrofisi belirlenmiştir. Diğer hastalardaki nazofarenks çatısında yerleşmiş küçük adenoid dokular değerlendirmeye alınmamıştır. Takahashi SOM'lu erişkinlerde östaki tüpünün faringeal ağzında tıkanmaya neden olacak bir adenoid doku hipertrofisi bildirmemiştir (15). Finkelstein erişkin yaş grubunda görülen SOM nedenleri ile ilgili çalışmasında adenoid doku hipertrofisi oranını % 4.2 olarak bildirmiştir (4). Aynı çalışmada SOM nedenleri içinde değerlendirilen kafa travması sonrası hemo-

timpanium oranı da % 4.2'dir (4). Bir hastamızda (%2.3) kafa travması sonrası gelişen ve 3 hafta sonra kendiliğinden düzelen hemotimpanium saptandı.

Nazofarenks karsinomu ya itme sonucu östaki tüpünü mekanik olarak tıkayarak ya da tensor veli palatini kasını infiltre edip çalışamaz duruma getirerek SOM ortaya çıkmasına neden olmaktadır (2). İleri histopatolojik çalışmalar, östaki tüpünün lümenini tıkamayacak kadar küçük nazofarenks karsinomunda SOM oluşmasının nedeninin tüpün çevresindeki kasların tutulumu olduğunu göstermiştir (12). Maksillektomi ya da diğer operasyonlar sırasında da bu kaslar hasara uğrayabilir ve hiç bir nazofarenks patolojisi olmadan da SOM gelişebilir (2,12). Mills, SOM'lu erişkin hastalarının % 13'ünde nazofarenks karsinomu, Wegener granulomu, Down sendromu, temporal kemik radyoterapi gibi nedenler saptamıştır (9). Takahashi, östaki tüpünün farengeal ağzının tümör tarafından tıkanması ya da darlık ve hipoplazi gibi patolojilerin oranını % 5.1 olarak rapor etmiştir (15). Mair retrospektif olarak araştırdıkları 12 erişkin SOM hastasının 7'sinde nazofarenks neoplazmları bulunduğunu yayınlamıştır (8). Nazofarenks karsinomlu hastaların 2/3'ünde SOM'nın görülebileceği, ancak semptomların çoğunlukla multip olduğu bildirilmektedir (2). Nazofarenks karsinomlu iki hastamızdan birinin başvuru nedeni işitme azlığıydı. SOM tanısı sonrası yapılan nazal endoskopi sırasında sol Rosenmüller çukuru dolduran düzgün yüzeyli bir kabarıklık saptandı. Bilgisayarlı tomografi nazofarenks karsinomu şüphesini güçlendirdi ve kesin tanı biyopsi ile konuldu. Bu nedenle özellik erişkin SOM'lu hastaların değerlendirilmesi sırasında nazal endoskopinin önemini yeniden vurgulamak istiyoruz.

Radyoterapi östaki tüpü etrafındaki dokularda fibroze neden olan tüpün normal işlevinin bozulmasına yol açabilir (2). Bu bölgeye yapılan radyoterapinin en sık nedeninin nazofarenks karsinomudur ve bu nedenle iki etyolojik faktörün birbirinden ayrılması güç olmaktadır (2). Radyoterapi sonrası SOM gelişen bir hastamızda da radyoterapi alma nedeni nazofarenks karsinomuydu.

Takahashi SOM'lu erişkin hastaların % 39.7'sinde östaki tüpünün farengeal ağzında normal endoskopik bulgular bildirmiştir (15). Bizim hastalarımızın % 26. l'inde nazal kavite ve % 35.7'sinde nazofarenks muayenesi normaldi. Bu sonuçlar SOM etyolojisinde nazal ve paranazal patolojilerin yanı sıra SOM oluşumuna neden olan başka etkenlerinde önemli bir yer tuttuğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak bulgularımız daha önce vurgulanan SOM ve sinüzit arasındaki ilişkiyi doğrular niteliktedir. Nazal kavite ve nazofarenksin benign ya da malign lezyonları ayırıcı tanıda daima göz önünde bulundurulmalıdır. Nazal endoskopi sinüzitin tanısında oynayacağı anahtar rolün yanı sıra nazofarenks karsinomu gibi patolojilerin erken tanısına da olanak vermesi nedeniyle özellikle erişkin SOM'lu hastaların araştırılmasında önemli bir yer tutmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. Sema BAŞAK
Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı
AYDIN

KAYNAKLAR

1. AKYILDIZ N. (ed). Kulak hastalıkları ve Mikrocerrahisi, Bilimsel Tıp, Ankara 1998.
2. BROWNING GG. Aetiopathology of inflammatory conditions of the external and middle ear, in Booth JD (ed): Otolaryngology, in Kerr AG (ed): Scott - Drown's Otolaryngology (ed 6), 1997
3. FINKESTEIN Y, TALMI YP, RUBEL Y, DARZIV J, ZOHAR Y. Otitis media with effusion as a presenting symptom of chronic sinusitis. J Laryngol Otol 103: 827,832, 1989.
4. FINKELSLEIN Y, OPHIR D, TALMI YP, SHAB-TAI A, STRAUSS M, ZOHAR Y. Adult-onset otitis media with effusion. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 120:517-527, 1994.
5. GACEK RR. A differential diagnosis of unilateral serous otitis media. Laryngoscope 102: 461-468, 1992.
6. GROTE JJ, KUYPERS W. Middle ear effusion and sinusitis. J Laryngol Otol 94: 177-183, 1980.
7. KENNA MA, Otitis media with effusion, Head and Neck Surgery-Otolaryngology, in Uailey BJ (edk Philadelphia, Lippincott Company, 1993, pp 1592-1606.
8. MAIR IWS, SCHRODER KE, KEARNEY MS. Chronic serous otitis media in the adult. J Laryngol Otol 93: 135-142,1979.
9. MILLS R, VAUGHAN-JONES R. A prospective study of otitis media with effusion in adults and children. Clin Otolaryngol 17: 271-274, 1992.
10. MILLS RP, BRAIN CE. A past history of acute otitis media and allergic symptomatology in children with chronic secretory otitis media and controls. Clin Otolaryngol 10:335-341, 1985.
11. LIOBINSON PM. Secretory otitis media in the adult. Clin Otolaryngol 12: 297-302, 1987.
12. SADE J, AMOS AR. Middle ear and auditory tube: Middle ear clearance, gas exchange, and pressure regulation. Otolaryngol Head Neck Surg 116. 499-524, 1997.
13. SCHUKNECHT HF, ZAYTOUN GM, MOON CN. Adult-onset fluid in the typanomastoid compartment. Arch Otolaryngol 108: 759-765, 1982.
14. SHIMOTAKAHARA SG, RUBY RRF, LAMPE HB. Otitis media with effusion in the adult J Otolaryngol 13:85-89, 1989.
15. TAKAHASHI M, HONJO I, FUJITA A. Endoscopic findings at the pharyngeal orifice of the Eustachian tube in otitis media with effusion. Eur Arch. Otorhinolaryngol 253: 42-44, 1996.
16. TAKAHASHI LI, FUJITA A, HONJO I. Site of Eustachian tube dysfunction in patients with otitis media with effusion. Am J Otolaryngol 8: 361-363, 1987.
17. TOS M, POULSEN G, BORCH J. Etiologic factors in secretory otitis. Arch Otolaryngol 105: 582-588, 1979.