

Kolesteatomlu Kronik Otitis Mediada Fasiyal Paralizisi: Tedavi ve Sonuçlar

Facial Paralysis Associated with Cholesteatomatous Chronic Otitis Media: Treatment and Outcomes

Dr. Mustafa Cem ÖZBEK, Dr. Battal Tahsin SOMUK, Dr. Evrim ÜNSAL TUNA, Dr. Onur ÇİFTÇİ, Dr. Cafer ÖZDEM
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Kliniği, Ankara

ÖZET

Amaç: Kolesteatomlu kronik otitis media nedeniyle fasiyal paralizi gelişen hastaların klinik bulgularını ve ameliyat sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya kolesteatomlu kronik otitis media sonucu fasiyal paralizi gelişen 21 hasta dahil edildi. Kolesteatomun tedavisi yanı sıra fasiyal sinir dekompresyonu da uygulandı. Fasiyal sinir dekompresyonu 11 hastada genikulat gangliondan stilomastoid foramene kadar yapılırken, 10 hastada parsiyel dekompresyon (fallop kanalı sınırlı bir alanda açıldı) uygulandı. Epineurima insizyon her iki dekompresyon uygulamasında da yapılmadı.

Bulgular: Hastaların 14 ünde (%66.7) paralizinin başlangıcı ani idi. Ameliyatta fasiyal sinirin en fazla açık olduğu bölüm timpanik segment olarak gözlemlendi (%95.2). Fasiyal paraliziye, labirent fistülünün (n=11;%52.3), orta ve posterior fossa kemik destrüksiyonlarının da (n=12;%57.1) sıklıkla eşlik ettiği bulundu. Genel olarak, hastaların % 80.9 unda postoperatif dönemde House-Brackmann Grade I ve II şeklinde düzelmeye sağlandı. Parsiyel veya total dekompresyon yapılan hastalar arasında iyileşme yönünden bir fark bulunmazken (p=0.468), 30 günden daha erken ameliyat edilebilen hastalardaki iyileşme 30 günden sonra ameliyat olanlara göre istatistiksel olarak daha anlamlı idi (p=0.01). Preoperatif fasiyal paralizi seviyesi ile postoperatif iyileşme arasında bir fark yoktu (p=0.112).

Sonuç: Kolesteatoma bağlı gelişen fasiyal paralizilerin ameliyat sonuçları genel olarak iyidir. Erken teşhis ve hastanın fasiyal paralizi gelişimini takip eden 30 gün içinde ameliyata alınarak kolesteatomun tedavisinin yanı sıra fasiyal sinir dekompresyonu uygulanması tedavinin en önemli basamağını oluşturmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Kolesteatom, fasiyal paralizi, dekompresyon

ABSTRACT

Objectives: To investigate the clinical features and outcomes of the patients with facial paralysis due to cholesteatomatous chronic otitis media.

Material and Methods: Twenty one patients with facial nerve paralysis associated with cholesteatoma were included in the study. Surgical treatment of the cholesteatoma with decompression of the facial nerve was performed. Decompression was performed from geniculate ganglion to stylomastoid foramen in 11 patients, whereas in 10 patients partial decompression (opening the fallopian canal in a limited area) was the preferred technique. Incision of the epineural sheath for nerve decompression was never done.

Results: The onset of paralysis was sudden in 14 patients (66.7%). Tympanic segment was the most frequently involved site (95.2%). Labyrinthine fistulae (n=11; 52.3%) and bone destruction in the middle and posterior cranial fossa (n=12; 57.1%) were frequently observed. Overall 80.9% of the patients healed to House-Brackmann Grade I or II postoperatively. No statistically significant difference was found between the patients who underwent partial or total decompression (p=0.468), however, improvement was significantly better in the group operated within 30 days after the onset of facial nerve paralysis (p=0.01). Statistical analysis did not show any difference in recovery between the patients with lower preoperative Grades and those with higher (p=0.112).

Conclusion: The outcome of surgery for facial paralysis associated with cholesteatoma is generally good. Early diagnosis, and treatment of cholesteatoma with decompression of the facial nerve within 30 days after the onset of paralysis should be the mainstay treatment in managing facial nerve paralysis due to cholesteatoma.

Keywords

Cholesteatoma, facial paralysis, decompression

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 13.03.2008

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 24.04.2008

≈

Yazışma Adresi

Dr. Mustafa Cem ÖZBEK

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2. Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Kliniği

Sıhhiye 06100 Ankara

E-posta: mcemozbek@yahoo.com

GİRİŞ

Fasiyal sinir paralizisi özellikle kolesteatomlu kronik otitis medianın en önemli komplikasyonlarından biridir. Hayatı tehdit edici bir sonuç oluşturmamasına karşın bu kadar korkulur ve önemli olmasının nedeni yarattığı kozmetik görünüm bozukluğundan dolayıdır. Hastanın sosyal yaşantısını ve psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilediği için uygun ve doğru bir yöntemle tedavinin yapılması gereklidir. Günümüzde geçmişe oranla daha az sıklıkta görülmesine karşın halen daha %1-3 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir.^{1,2} Özellikle Türkiye gibi sosyoekonomik düzeyi yeterli seviyeye ulaşmış ülkelerde kronik otitis media (KOM) ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar önemli sorun olmaya devam etmektedirler.^{1,3}

Her ne kadar kolesteatoma bağlı gelişen fasiyal paralizinin nedeni tam olarak ortaya konulamamış olsa da; 1) kronik otit ve kolesteatoma bağlı gelişen kemik erozyonu ve sonuçta fasiyal siniri çevreleyen fallop kanalının açılması 2) açılan kemik kanala kolesteatomun direk basısı ve siniri sıkıştırması neticesinde oluşturduğu destrüksiyon ve iskemisi ve 3) orta kulaktaki enfeksiyona bağlı olarak ortaya çıkan bakteriyel toksinler veya sinirin direkt enfeksiyonu/inflamasyonu sıklıkla suçlanan nedenlerdir.^{4,5}

Yapılan çalışmalarda paralizinin oluş şekli, klinik seyri, ameliyata kadar geçen sürenin önemi, yapılan ameliyat ve sonuçları hakkında değişik görüşler bulunmaktadır. Bunun bir nedeni de kolesteatoma bağlı gelişen fasiyal paralizinin az görülmesinden dolayı yayınlardaki hasta sayısının yetersiz olmasıdır.

Bu yazıda; kliniğimizde kolesteatomlu KOM ve buna bağlı gelişen FP nedeniyle ameliyat edilen hastaların preoperatif değerlendirmeleri, ameliyat bulguları, sonuçları ve prognoza etki eden faktörler değerlendirilmiştir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Ocak 1995 ve Ocak 2007 tarihleri arasında kolesteatomlu KOM ve eşlik eden FP nedeniyle kliniğimizde ameliyat edilen ve en az bir yıllık takipleri bulunan hastalar değerlendirmeye alındılar. Kolesteatomlu olmayan kulaklar, akut otitis media veya konjenital kolesteatom

sonucu fasiyal paralizi gelişen olgular ile idiyopatik fasiyal paralizisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldılar.

Kolesteatomlu kronik otitis media ve eşlik eden FP nedeniyle ameliyat edilmiş, toplam 23 hasta tespit edildi. İki hasta postoperatif dönemde yeterli izlenemediği için çalışma dışı bırakıldı. Hastaların preoperatif otoskopi veya mikroskopi ile kulak muayeneleri, işitmenin değerlendirilmesi amacıyla odyolojik incelemeleri değerlendirildi. Hastaların pre- ve postoperatif FP seviyelerinin belirlenmesi House-Brackmann (HB) sınıflamasına göre yapıldı.⁶ Grade II ve IV FP inkomplet, Grade V-VI komplet FP olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemdeki Grade I ve II seviyeleri başarılı olarak kabul edildi.

Çalışmaya alınan 21 hastanın tümüne en kısa zamanda transmastoid yolla dekompresyon uygulandı. Kolesteatomun yayılımı ve eşlik eden diğer intra- veya ekstrakranial komplikasyonların varlığına göre kanal wall-down timpanoplasti veya radikal mastoidektomi ameliyatı yapıldı. Hiçbir hastada mastoid obliterasyon uygulanmadı ve hepsine geniş meatoplasti yapıldı. Hastaların tümü ameliyat öncesi ve sonrası intravenöz antibiyotik (seftriakson) tedavisi aldılar ve ameliyat sonrası 1 hafta süreyle intravenöz tedaviye devam edildikten sonra 10 gün daha oral antibiyotik (sefuroksim aksetil) kullanmaları sağlandı. Hastaların tümüne ameliyat sırasında 250 mg 6-methylprednisolon intravenöz yolla verildi. Daha sonra oral prednisolon 1mg/kg'dan başlanıp kademeli olarak azaltılarak 15 gün süreyle kullanıldı.

Grup içi istatistiksel analiz Wilcoxon testi, gruplararası sonuçların değerlendirilmesi Mann-Whitney U testi kullanılarak yapıldı. P değerinin 0.05 ten az olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların 16 sı (%76.2) erkek 5 i (%23.8) kadındı. Hastaların yaşları 16 ile 54 arasında değişiyordu ve ortalama 31.85 ± 11.12 idi. Fasiyal paralizinin başlangıcından ameliyata kadar geçen süre 5 gün ile 76 gün arasında (ortalama 31.80 ± 20.56) değişmekteydi.

Fasiyal paralizi hastaların 14 ünde (%66.7) ani, 7 sinde (%33.3) yavaş seyirli başlangıç göstermişti. Ameliyat öncesi FP seviyesi HB sınıflamasına göre 2 hastada Grade II, 5 hastada Grade III, 8 hastada Grade IV, 2 hastada Grade V ve 4 hastada Grade VI idi. Yani, ame-

liyat öncesi 15 hastada (%71.4) inkomplet (Grade II-IV) FP bulunurken, 6 hastada (%28.6) komplet (Grade V-VI) paralizisi bulunmaktaydı. Hastaların klinik bulguları Tablo 1’de sunulmuştur.

Ondört (%66.7) hastaya kanal wall-down timpanoplasti, 7 (%33.3) hastaya radikal mastoidektomi ameliyatı yapıldı. Hastaların tümüne transmastoid yolla fasiyal dekompresyon uygulandı. Ameliyat edilen 21 kulağın 6 sı (%28.6) revizyon oluydu. Bu 6 kulağın 2’si daha önce 2 kez, 4’ü bir kez opere edilmişti. Yirmi bir hastanın tümünde yaygın kolesteatom ve ayrıca 4 hastada kolesteatoma eşlik eden polip vardı. Fallop kanalı dehisansı tüm kulaklarda gözlemlendi. Fallop kanalı dehisansı en sık timpanik segmentte idi (%95.2). Sekiz (%38.0) kulakta timpanik segmentin yanı sıra mastoid segmentte, bir kulakta sadece mastoid segmentte, iki kulakta ise timpanik segment ve genikulat ganglionunda dehisans bulunmaktaydı. Hastaların tümünde kolesteatom sakı ve inflamatuvar oluşumlar ve/veya polip dokuları ataravmatik ve künt diseksiyon yöntemiyle fasiyal sinirin üzerinden temizlendi. Onbir hastada genikulat gangliondan stilomastoid foramene kadar total fasiyal dekompresyon uygulanırken, on hastaya dehisans olan bölgenin 4-6 mm proksimal ve distali açılacak şekilde parsiyel dekompresyon uygulandı. Hiçbir hastada epineuriuma insizyon yapılmadı. Kemik labirente ait destrüksiyon 11 hastada (%52.3) izlendi. Bu

destrüksiyonların 8’i (%38.0) lateral kanalda, 3’ü (%14.2) süperior ve 2’si (%9.5) posterior kanalda idi. Dört kulakta birden fazla kanalda destrüksiyon bulunmaktaydı. Kolesteatomun üç hastada labirentin içine girmesi nedeniyle parsiyel labirentektomi yapılarak, kolesteatom temizlendi. Bu bölge daha sonra kas ve fasya ile ayrıca onarıldı. Bu üç hastada da preoperatif total işitme kaybı bulunmaktaydı. Kafa tabanına ait kemik destrüksiyon toplam 12 hastada (%57.1) bulunmaktaydı. Bu 12 hastanın orta fossa durasında açıklık 11 hastada (%52.3) bulunmaktayken 4 hastada (%19) posterior fossa durasında açıklık vardı. Lateral sinüsün 7 hastada (%33.3) oblitere olduğu izlendi. Kolesteatom ve eşlik eden fasiyal paralizinin yanı sıra bir hastada menenjit, bir hastada beyin absesi ve iki hastada serebellar abse bulunmaktaydı. İntrakranial komplikasyonu olan bu dört hasta enfeksiyon ve beyin cerrahisi klinikleri tarafından tedavileri yapıldıktan sonra kliniğimizce operasyona alındılar. Tablo 2’de uygulanan cerrahi girişim ve intraoperatif bulgular sunulmuştur.

Postoperatif dönemde, FP hastaların %61.9’unda Grade I, %19.0’unda da Grade II seviyesine geriledi. Erkek ve kadın hastalar arasında iyileşme açısından bir fark yoktu ($p= 0.968$). Total dekompresyon yapılan grupta pre-ve postoperatif “Grade” lere bakıldığında iyileşme istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0.004$). Aynı şekilde parsiyel dekompresyon uygulananlarda da ope-

Tablo 1. Preoperatif fasiyal paralizisi bulunan 21 hastanın klinik bulguları.

Olgu	Cins	Yaş	Süre	Ameliyat Öyküsü	Başlangıç	Dekompresyon	Preop Grade	Postop Grade
1	K	16	12	+	Ani	Parsiyel	4	1
2	K	32	38		Ani	Total	4	1
3	E	19	42		Yavaş	Total	5	3
4	E	32	40		Ani	Parsiyel	4	1
5	K	27	17	+	Ani	Parsiyel	6	1
6	E	48	10		Ani	Parsiyel	3	1
7	E	47	52		Yavaş	Total	3	1
7	K	21	24		Ani	Total	3	1
9	K	25	58	+	Ani	Parsiyel	6	3
10	E	36	5		Ani	Total	5	1
11	E	54	21		Ani	Parsiyel	4	2
12	E	32	14		Yavaş	Parsiyel	4	1
13	E	41	26		Ani	Parsiyel	6	2
14	E	48	76		Yavaş	Total	4	4
15	E	24	15		Ani	Total	4	1
16	E	18	8	+	Yavaş	Parsiyel	3	1
17	E	26	22		Ani	Total	2	1
18	E	22	16		Yavaş	Total	2	1
19	E	30	58	+	Ani	Total	4	2
20	E	43	19		Yavaş	Total	3	1
21	E	28	62		Ani	Total	6	3

Tablo 2. Uygulanan cerrahi girişim ve intraoperatif bulgular.

	n (%)
Yapılan Ameliyat	21(100)
Kanal Wall-Down	14(66.7)
Radikal	7(33.3)
Fallop Kanalı Dehisansı	25(100)
Timpanik Segment	15(95.2)
Mastoid Segment	8(38.0)
Genikulat Ganglion	2(9.5)
Labirent Fistülü	11(52.3)
Lateral Semisirkuler Kanal	8(38.0)
Superior Semisirkuler Kanal	3(14.2)
Posterior Semisirkuler Kanal	2(9.2)
Kemik Destruksiyonu	12(57.1)
Orta Fossa Durusu	11(52.3)
Posterior Fossa Durusu	4(19.0)
Oblitere Sigmoid Sinüs	7(33.3)

rasyon önce ve sonrası arasında iyileşme anlamlıydı ($p=0.005$). Total veya parsiyel dekompresyon yapılan gruplar arasında iyileşme seviyeleri yönünden ise istatistiksel olarak bir fark bulunamadı ($p=0.468$). Fasiyal paralizi gelişiminden 30 gün ve daha fazla geçtikten sonra ameliyat olanlarda iyileşme istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte ($p=0.015$), 30 günden önce ameliyat olan grupta düzelme oranı çok daha anlamlıydı ($p=0.001$). Nitekim; ameliyat sonrası düzelme, 30 günden önce ve sonra ameliyat edilenler arasında erken opere olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.01$). Preoperatif fasiyal paralizi seviyesi ile postoperatif dönemdeki iyileşme düzeyi arasında ise bir fark yoktu ($p=0.112$). Yani inkomplet FP olan olgular komplet olanlara göre daha iyi iyileşme göstermedi.

TARTIŞMA

Kronik otitis media sonucu gelişen FP ler en sık kolesteatomlu kronik otitlerle birlikte görülürler. Fasiyal paralizi direk olarak kolesteatom sonucu oluşan osteit, kemik erozyonu ve basıya bağlı olabileceği gibi, enfeksiyon sonucu ortaya çıkan ödem veya bakteriyel nörotoksinler sonucu da gelişebilirler.

Kolesteatoma bağlı gelişen FP'nin tedavisinde halen daha tartışmalı birçok nokta bulunmaktadır. En çok kabul gören görüş hastanın en kısa zamanda ameliyata alınması gerektiğidir. Bası sonucu fasiyal sinir liflerinin %50'sinden fazlası etkilenmedikçe fasiyal sinir fonksiyonlarında bir bozulmanın olmayacağı belirtilmiştir.

Bunun özellikle yavaş gelişen FP için geçerli olduğu düşünülebilir. Ani olarak gelişen FP'lerde ise genel olarak suçlanan etken, kolesteatomun akut enfeksiyöz alevlenmesi sonucu sinirde oluşan ödem ve inflamasyondur. Burada unutulmaması gereken nokta; ani gelişse dahi bu durumun Bell's palsiden farklı olduğudur. Kolesteatom sonucu gelişen FP nin genellikle yavaş geliştiği ve zaman içerisinde belirginleştiği düşünülse de, araştırmamızda bunun tersini gözlemledik. Hastaların çoğunluğunda ani olarak gelişen FP daha fazlaydı (%66.7). Nitekim Ikeda ve ark.⁷ çalışmalarında ani gelişen FP oranını %75, Quranta ve ark.⁸ ise %84.6 olarak bildirmişlerdir. Buna karşılık Yetişer ve ark.² çalışmalarında tam tersi bir sonuçla, hastaların %75 inde FP nin yavaş seyirli olarak geliştiğini belirtmektedir. Savic ve Djerić⁹ histopatolojik incelemelerinde FP nin fasiyal sinirde meydana gelen inflamatuvar proses sonucunda geliştiğini yayınlamıştır. Benzer şekilde Harker ve Pignatari⁵ de sinirin direk olarak inflamasyonu veya enfeksiyonunun gelişen FP nin nedeni olduğunu bildirmiştir. Bizim de görüşümüz, her ne kadar basıya bağlı oluşan iskeminin rolü olduğu göz ardı edilemese de, otojen kaynaklı bir fasiyal paralizin en önemli nedeni sinire yayılan enfeksiyon ve sonuçta ortaya çıkan ödem kaynaklı fonksiyon kaybıdır. Bu nedenle, kolesteatom sonucu ortaya çıkan bir FP de intravenöz antibiyotik ve steroid kombinasyonu mutlaka kullanılmalıdır görüşündeyiz.

Kolesteatoma bağlı gelişen FP lerin derecesi konusunda da farklı görüşler bulunmaktadır. Savic ve Djerić⁹ hastaların %66 sında komplet FP olduğunu belirtirken, Takahashi ve ark.¹⁰ ve Altuntaş ve ark.³ ise inkomplet FP lerin daha sık olduğunu yayınlamışlardır. Bizim çalışmamızda da hastaların %28.6 sında komplet ve %71.4 ünde inkomplet FP bulunmaktaydı.

Kolesteatom sonucu gelişen FP li kulaklar ameliyat edildiğinde fallop kanalı dehisansı sıklıkla görülmektedir. Olgularımızın tümünde kanal dehisansı bulunmaktaydı. En sık dehisans olan bölge ise timpanik segmenti (%95.2). Savic ve Djerić⁹ çalışmalarında en sık sinir açıklığı olan bölgeyi %92.3 ile timpanik segment olarak bildirmiştir. Çalışmamızda mastoid segmentteki açıklık %38.0 idi. Bu oran Ikeda ve ark.⁷ çalışmasındaki %6 oranından daha yüksektir. Mastoid segmentteki açıklık kolesteatomun çok yaygın olduğu kulaklarda daha fazla görüldü. Klinikimizde yapılan olguların genellikle yaygın kolesteatomlu olması ve FP yanında eşlik eden başka komplikasyonların bulunması da mastoid segmentteki dehisans oranının yüksekliği-

nin nedeni olabilir. Bu nedenle, timpanik segmentte açıklık daha sık görülmekle birlikte preoperatif FP olan kolestatomlu bir kulakta mastoid segmentte de sıklıkla dehisans olabileceği akıldan tutulmalıdır.

Kolesteatomlu KOM sonucu gelişen FP de en tartışmalı konu dekompresyon ve bunun ne şekilde yapılacağıdır. Dekompresyon dehisans olmasa dahi yapılmalı mıdır? Dekompresyon yapılacaksa sınırlı mı yoksa genikulat gangliondan stilomastoid foramene kadar mı olmalıdır? Sinir kılıfının açılıp açılmayacağı da ayrı bir tartışmalı konudur.

Cawthorne¹¹ epineurium insizyonunun komplet paralizi olan olgularda uygulanması gerektiğini, inkomplet paralizi olanlarda ise yapılmasına gerek olmadığını bildirmiştir. Altuntaş ve ark.⁴ dehisansı olan 14 kulakta kısmi dekompresyon uygulayıp epineuriumu açmış iken, dehisansı olmayan 6 kulağı genikulat gangliondan stilomastoid foramene kadar açmış olmalarına karşın kılıfı insize etmemişlerdir. Yetişer ve ark.² tüm kulaklarda kolesteatom olsun veya olmasın genikulat gangliondan stilomastoid foramene kadar dekompresyon uygulamışlar ancak sinir kılıfına insizyon yapmamışlardır. Ikeda ve ark.⁷ sinirde ödem ve hiperemi olan bölgenin çevresindeki sınırlı bir alanı genişleterek siniri açığa çıkarmışlar, kılıfa insizyon yapmamışlardır. Biz de; ameliyatlarda olası bir enfeksiyona bariyer olması açısından sinir kılıfına insizyon uygulamadık. Dekompresyon ise 11 hastada total, 10 hastada parsiyel olarak uygulandı. Uygulamadaki bu farklılık, ameliyat sırasında karşılaşılan fasiyal sinir dehisansının büyüklüğüne, ameliyatı yapan cerrahın tercihine ve 12 yıllık uzun bir dönemdeki değişen ameliyat tekniği seçimine bağlıdır. Total veya parsiyel dekompresyon uygulanan her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görülmesi ve yine bu iki grup arasında iyileşme yönünden istatistiksel olarak bir fark olmaması her iki yöntemin de doğru olduğunu gösterdiği kadar; 2000 li yıllardan itibaren kliniğimizde daha çok tercih edilen parsiyel dekompresyonun başarılı ve yeterli olduğunu desteklemektedir.

Ikeda ve ark.^{nm7} çalışmasında Grade I veya II ye düzelme oranı %81, Altuntaş ve ark.^{nm4} çalışmasında %75, Quranta ve ark.^{nm7} çalışmasında ise %70 olarak bildirilmiştir. Başarılı olan bu sonuçlara karşılık Yetişer ve ark.^{nm2} çalışmasındaki düzelme oranı %57.2, Bartels'in¹² çalışmasında %42'dir. Ancak Bartels'in çalışması medial yerleşimli temporal kemik kolesteatomlarının sonuç-

larını değerlendirmiştir. Yetişer ve ark.² dekompresyon ameliyatlarının sonuçlarının kolesteatom olsun veya olmasın iyi olmadığını vurgulamışlardır. Çalışmamızda, FP hastaların %61.9'unda postoperatif dönemde Grade I ve %19.0'unda Grade II olarak bulundu. Yani genel olarak kolesteatoma bağlı FP lerde düzelmenin oldukça iyi olduğunu gözlemledik. Nitekim genel olarak preoperatif ve postoperatif FP seviyelerine bakıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulundu (p= 0.001). Preoperatif inkomplet paralizi olan hastaların %73.3 ü Grade I e düzelme gösterirken, komplet paralizi olan hastalarda bu oran %33.3 olmasına karşın aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p= 0.112).

Kesin sınırlar konulmaması da, literatürde ameliyata kadar geçen süre ile ameliyat başarısı arasında genel olarak bir ilişki olduğu vurgulanmıştır. En azından ameliyatı yapan otologlarda bu düşünce yaygındır. Bunu destekleyen yayınlar bulunmaktadır. Quaranta ve ark.⁸ yedi gün içinde ameliyat edilen olguların tümünün Grade I'e düzelme gösterdiğini belirtmiştir. Ikeda ve ark.⁷ benzer bir yorumda bulunmakla birlikte yetersiz iyileşmenin daha çok iki ay ve üzerinde ameliyat edilen olgular ile petröz kemikte kolesteatomu olan hastalarda görüldüğünü bildirmiştir. Çalışmamızda 30 günden sonra ameliyat edilenlerde prognoz, 30 günden önce ameliyat edilenlere göre daha kötü olmakla birlikte 30 günden sonra ameliyat edilenlerde de iyileşme istatistiksel olarak anlamlıydı. Nitekim; iki hastada sırasıyla 47. ve 52. günlerde ameliyat edilmesine karşın tam iyileşme sağlandı. Bu da göstermektedir ki, kolesteatom sonucu FP gelişen bir hasta 30 günden sonra görülmüş olsa da mutlaka ameliyat edilmelidir.

SONUÇ

Kolesteatomlu kronik otite bağlı gelişen FP acil veya yarı-acil olarak değerlendirilmeli hasta uygun koşullar sağlandıktan sonra olabildiğince erken ameliyata alınmalıdır. İntravenöz antibiyotik tedavisi mutlaka tedavi protokolünün bir parçası olmalıdır. FP'ye labirent, ve kafa tabanı kemiklerinde destrüksiyonların yüksek oranda eşlik edeceği akıldan tutulmalıdır. Kolesteatomlu KOM sonucu gelişen FP'lerin ameliyat sonuçları genel olarak başarılıdır. Özellikle 30 gün içerisinde yapılan dekompresyon sonuçları daha yüz güldürücüdür.

KAYNAKLAR

1. Osma U, Cureoglu S, Hosoglu S. The complications of chronic otitis media: report of 93 cases. *J Laryngol Otol* 2000;114:97-100.
2. Yetişer S, Tosun F, Kazkayası M. Facial nerve paralysis due to chronic otitis media. *Otol Neurotol* 2002;23:580-8.
3. İ̇kiz AÖ, Güneri EA, Erdađ TK, Güneri A. Kronik otitis media komplikasyonları. *Türk Otolarengoloji Arřivi* 2001;39:182-6.
4. Altuntaş A, Ünal A, Aslan A, Özcan M, Kürkcüođlu S, Nala Y. Facial nerve paralysis in chronic suppurative otitis media: Ankara Numune Hospital experience. *Auris Nasus Larynx* 1998;25:169-72.
5. Harker LA, Pignatari SS. Facial nerve paralysis secondary to chronic otitis media without cholesteatoma. *Am J Otol* 1992;13:372-4.
6. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-7.
7. Ikeda M, Nakazato H, Onoda K, Hirai R, Kida A. Facial nerve paralysis caused by middle ear cholesteatoma and effects of surgical intervention. *Acta Otolaryngol* 2006;126:95-100.
8. Quaranta N, Cassano M, Quaranta A. Facial paralysis associated with cholesteatoma: A review of 13 cases. *Otol Neurotol* 2007;28:405-7.
9. Savic DL, Djerić DR. Facial paralysis in chronic suppurative otitis media. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1989;14:515-7.
10. Takahashi H, Nakamura H, Yui M, Mori H. Analysis of fifty cases of facial palsy due to otitis media. *Arch Otorhinolaryngol* 1985;241:163-8.
11. Cawthorne T. Intratemporal facial palsy. *Arch Otolaryngol* 1969;90:789-99.
12. Bartels LJ. Facial nerve and medially invasive petrous bone cholesteatomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991;100:308-16.