

Fasiyal Paralizi Görülen Bir Malign Otitis Eksterna Olgusu

Belgin Tutar, Güler Berkiten, Ayça Tazegül Mutlu, Ayşe Enise Göker, Yavuz Uyar

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisi

ÖZ

Dış kulak kanalından başlayarak temporal kemik, mastoid hücreler ve kulak çevresindeki yumuşak dokulara yayılabilen malign otitis eksterna ender görülmesine rağmen, şiddetli seyreden destrüktif bir hastalıktır. İmmüsupresyon ve diyabetes mellitus önemli predispozan faktörlerdir. En sık etkenin *Pseudomonas* türleri olduğu enfeksiyon, akut otitis eksternadan ayırt edilmelidir. Erken tanı ve tıbbi tedavi ile başarı oranları yüksektir. Çalışmamızda, sol kulak ağrısı, akıntısı ve sol yüz felci yakınmaları nedeniyle ünitemize başvuran 55 yaşında diyabetik erkek hasta sunuldu. Yapılan fizik muayene, teknesyum 99m kemik sintigrafisi ve temporal kemik bilgisayarlı tomografisi ile malign otitis eksterna tanısı kondu. Medikal tedavi ile iyileşme sağlandı. Bulgular literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: diyabetes mellitus, malign otitis eksterna, teknesyum 99m kemik sintigrafisi

ABSTRACT

Malignant Otitis Externa with Facial Paralysis: A Case Report

Malignant Otitis Externa, which can be emerging in the outer ear canal and spreading through the soft tissues around temporal bone, mastoid cells and ear, though rarely seen, is a destructive and severely enduring condition. Immunosuppression and Diabetes Mellitus are the important predisposing factors. The infection in which the most frequent causative agent is *Pseudomonas* types, should be distinguished from acute otitis externa. Success rates are high in early diagnosis and medical treatment. A 55-year-old diabetic male patient, who applied to our unit with the complaints of left ear ache, discharge and left side of facial paralysis, has been diagnosed with malignant otitis externa, by physical examination, technetium-99m bone scintigraphy and computed tomography of the brain in axial plane, and recovered by medical treatment. Diagnosis was discussed by the literature.

Keywords: diabetes mellitus, malignant otitis externa, technetium 99m bone scan

GİRİŞ

1968 yılında Chandler tarafından tanımlanan “Malign otitis eksterna” (MOE), dış kulak kanalı (DKK)’nın cilt, kıkırdak ve ciddi olgularda kemik gibi bölümlerini tutabilen invaziv bir enfeksiyondur. Genellikle yaşlı, immüsuprese ve diyabetik hastalarda görülen MOE’de en sık etken *Pseudomonas aeruginosa*’dır. Klinik olarak, DKK’da ağrılı, şiddetli enflamasyon, progresif pürülan akıntı ve kanalın tabanında; kemik-kıkırdak bileşkesinde granülasyon dokuları görülür⁽¹⁻⁵⁾. DKK’dan köken alan hastalık kemik-kıkırdak bileşkesinden temporal kemiğin altındaki yumuşak dokulara yayılır⁽⁶⁾. Tedavi edilmediği takdirde kafa tabanına yayılarak osteomyelite ve VII. Kranyal sinir başta olmak üzere kranyal sinir paralizilerine ve hatta ölüme neden olabilir^(2,7).

Teknesyum 99m (Tc-99m) ya da galyum ile yapılan sintigrafide kafa tabanı ya da temporal kemikte artmış radyoizotop uptake’yi, kulak akıntısında *Pseudomonas* üremesi, bilgisayarlı tomografi (BT)’de kemik destrüksiyonu, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yönteminde ise yumuşak doku destrüksiyonunun gösterilmesi tanı koydurucudur.

OLGU

Çalışmamızda, MOE tanısı nedeniyle kliniğimize interne edilen, Tip II diyabetes mellituslu 55 yaşında erkek hasta sunuldu. Dört haftadır şiddetli sol kulak ağrısı ve akıntısı nedeniyle oral ve lokal antibiyotik tedavisi gören ve medikal tedaviden yarar görmeyen hasta iki gün önce sol yüz felci gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Mikroskopik muayenesinde sol

Alındığı Tarih: 09.02.2015

Kabul Tarihi: 18.01.2016

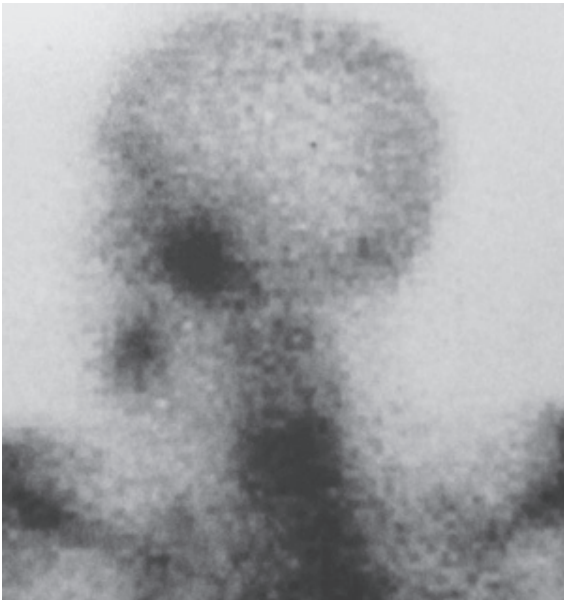
Yazışma adresi: Dr. Belgin Tutar, S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB, İstanbul

e-posta: belginkeles@yahoo.com

DKK'da ileri derecede ödem ve akıntı görüldü, aspirasyon sonrası kanalın granülasyon dokuları ile oblitere olduğu saptandı. Sol periferik fasiyal paralizinin House-Brackmann sınıflandırma sistemine göre grade V ile uyumlu olduğu belirlendi. Kulak akıntısından yapılan kültürde *Pseudomonas aeruginosa* üredi. Tc-99m sintigrafisinde, sol temporal kemikte aktivitenin artmış olduğu ve osteomyelit ile uyumlu olduğu rapor edildi (Resim 1). Aksiyal planda çekilen temporal kemik BT'de sol DKK'da yumuşak doku yoğunluğu ve kemikte destrüksiyon saptandı (Resim 2).



Resim 1. Temporal kemik Bt: sol DKKda granülasyon dokusu.



Resim 2. Tc-99m sintigrafisi: Sol temporal kemikte tutulum.

MOE tanısı doğrulanan hastanın glukoz düzeylerinin yüksek olması ve mevcut tedavi ile kontrol altına alınamaması nedeniyle insulin başlandı. Antibiyotik tedavisi olarak, intravenöz siprofloksasin 750 mg (2x1) uygulandı. Günde iki kez kulak aspirasyonu ile pansuman yapıldı. Dört hafta içinde klinik düzelme görülen hasta oral antibiyotik tedavisi ile eksterne edildi. Antibiyotik tedavisine 8 hafta daha devam edildi. Takiplerinde rekürrens veya komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA

MOE temporal kemiğin ender görülen, ancak destrüktif seyreden bir hastalığıdır. Sıklıkla yaşlı, diyabetik ve immunsuprese (AIDS/HIV, lösemi, lenfoma, splenektomi, transplantasyon) hastalarda görülür⁽¹⁻⁴⁾. Başlangıç semptomları kulak ağrısı, kulakta dolgunluk, pürülan otore ve işitme kaybıdır⁽⁵⁻⁸⁾. Konka cildinde eritem ve ödem görülebilir. Kanal tabanında kemik ve kıkırdak bileşkede granülasyon dokusu mevcuttur; granülasyon veya polip kanalı tıkamazsa timpanik membran ve orta kulak sağlamdır. Olgumuzda da Tip II Diabetli hasta kulak ağrısı, kulak akıntısı ve fasiyal parali ile kliniğimize başvurmuştu. Otalji özellikle geceleri kötüleşir ve şiddetlidir. MOE, DKK'nın yumuşak doku enfeksiyonu olarak başlar, santorini fissürlerinden kafa tabanına yayılır, VII, VIII, IX, X ve XII. Kranyal sinir paralizlerine yol açabilir. En sık VII. sinir paralizleri görülür. Fasiyal parali gelişmesi hastalığın progresyonunu gösterse de prognozu kötü yönde etkilemez⁽⁹⁾. Sigmoid sinüse yayılırsa sigmoid sinus ve internal juguler vende septik tromboza yol açar. Menenjit ve serebral abse de gelişebilir. Enfeksiyon ekstrakranyal yayılarak infratemporal fossa, parotis, boyun ve komşu dokularda abse gelişimine yol açabilir.

Hastalardan kesinlikle kulak kültürü ve biyopsi alınmalıdır. Malignite ekarte edilmelidir. Olguların %75'inde kulak akıntısında *Pseudomonas aeruginosa* ürediği bildirilmektedir. Olgumuzun kulak kültüründe de *Pseudomonas aeruginosa* üredi. Diğer görülen bakteriler: *S. Aerijs*, *S. Epidermidis*, *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella Oxytoca*'dır. Fungal patojenlerde MOE'ye yol açabilirler. Özellikle immunsuprese hastalarda *A. fumigatus*, *A. Flavus*, *A. Niger* ve *Scedosporium Apiospermum* etken olabilirler⁽⁵⁾.

Erken tanı hastalığın yayılım derecesi ile doğrudan

ilişkili olan mortaliteyi azaltan önemli faktörlerden biridir. Tanıda en yararlı yöntemler, Tc-99m ve galyum (Ga 67) kemik sintigrafisidir⁽⁵⁾. Tc 99-m osteomiye-litin erken tanısında BT'den daha değerlidir. MOE'li hastaların %100'de sintigrafide tutulum saptanır. Tc99-m malignite olan hastalarda pozitif saptanacağı için biyopsi ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Temporal kemik BT, MRG yöntemleri her ne kadar yardımcı tanı yöntemleri arasında sayılsalar da yanıltıcı olabilirler. Aksiyel planda çekilmiş yüksek rezolüsyonlu BT, DKK kemik erozyonu ile kafa tabanını; MRG ise yumuşak doku destrüksiyonu ile dural inflamasyonu daha iyi gösterir^(2,3). Galyum (Ga 67) kemik sintigrafisi de hastalığın takibinde ve rekürrensi saptamada kullanılır. Tedavinin yanıtını görmek için 4 haftada bir yapılmalıdır. Biz de hastamıza temporal kemik BT ve Tc-99m ve Ga-67 sintigrafisi yaptırıldı. Tc-99 m sintigrafide temporal kemikte tutulum saptandı. Temporal kemik BT'de DKK'da granülasyon dokuları, kemikte destrüksiyon mevcuttu.

Son 30 yıl içinde MOE tedavisinde kapsamlı cerrahinin yerini antibiyotik tedavisi ve minimal cerrahinin aldığı görülmektedir⁽¹⁾. Antibiyotiklerden önce MOE fatal seyrederken mortalite oranı %50'ye kadar ulaşmakta idi. Parenteral antibiyotik tedavisine, siprofloksasin ya da seftazidim ve gentamisin kombinasyonu ile ya da *Pseudomonas aeruginosa*'ya etkili semisentetik penisilin ve aminoglikozid kombinasyonu ile hastalık kontrol alınana dek sürdürülmesi önerilmektedir⁽¹⁰⁾. Hiperbarik oksijen tedavisi özellikle antibiyotik tedavisine dirençli olgularda ek tedavi olarak uygulanmaktadır^(7,11). Tedavinin en önemli basamağını, düzenli kulak temizliği ve etkin antidiabetik tedavi ile diyabetin kontrol alınması oluşturur. Oral antibiyotik tedavisi 3-6 ay sürdürülmeli, tedavinin etkinliğinin belirlenmesi amacıyla altı haftada bir sintigrafi yapılmalıdır^(12,13). Olgumuzda intravenöz Siprofloksasin tedavisini 4 ay süresince; Ga 67 sintigrafisi negatif oluncaya kadar kullandık. Düzenli DKK debridmanı yaptık. İnsülin tedavisine geçerek diyabetini kontrol altına aldık. Hastanın kliniğinde düzelme saptadık ve kapsamlı cerrahi düşünmedik.

SONUÇ

Günümüzde obezite nedeni ile Tip 2 diyabet tanısı alan hastalar artmakta, HIV (+) olan olgulara da daha sık raslanmaktadır. Bu durum MOE görülme insidansını arttırmaktadır. İmmüsuprese ve diyabetli hastalarda otitis eksternayı tedavi ederken, ayırıcı tanıda kesinlikle MOE düşünülmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Timon CI, O'Dwyer T. Diagnosis, complications and treatment of malignant otitis externa. *Irish Medical Journal* 1989;82:30-1.
2. Walshe P, Cleary M, Walsh MR, Walsh M. Malignant otitis externa- A high index of suspicion is still needed for diagnosis. *Irish Medical Journal* 2002;95:14-6.
3. Hickham M, Amedee RG. Malignant otitis eksterna. *J La State Med Soc* 1996;148:511-3.
4. Thomas J. Balkany/Bradford D. R. Infections of external ear. In: Charles W. Cummings, John M. Fredrickson, Lee A. Harker, Charles J. Krause, Mark A. Richardson, David E. Schuller, editors. *Otolaryngology head and neck surgery*. 3rd ed. 1998. p.2982.
5. Carfrae MJ, Kesser BW. Malignant otitis eksterna. *Otolaryngol Clin N Am* 2008,41:537-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2008.01.004>
6. Hollis S, Evans K. Management of malignant (necrotizing) otitis externa. *The Journal of Laryngology Otolaryngology* 2011;125:1212-7. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215110002550>
7. Shupak A, Greenberg E, Hardoff R, et al. Hyperbaric oxygenation for necrotizing (malignant) otitis externa. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;115:1470-5. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1989.01860360072021>
8. Cohen D, Friedman P. The diagnostic criteria of malignant external otitis. *J Laryngol Otol* 1987;101(3):216-21. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215100101562>
9. Hickey SA, Ford GR, O'Connor AF, et al. Treating malignant otitis with oral ciprofloxacin. *BMJ* 1989;26(299):550-1.
10. Soundry E, Joshua BZ, Sulkes J, Nageris B. Characteristics and prognosis of malignant external otitis with facial paralysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133(10):1002-4. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.133.10.1002>
11. Babiatzki A, Sade J. Malignant external otitis. *J Laryngol Otol* 1987;101(3):205-10. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215100101549>
12. Joachims HZ, Danino J, Raz R. Malignant external otitis: treatment with fluoroquinolones. *Am J Otolaryngol* 1988;9(3):102-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0709\(88\)80014-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0709(88)80014-0)
13. Meyers BR, Mendelson MH, Parisier SC, Hirschman SZ. Malignant external otitis. Comparison of monotherapy vs combination therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;113(9):974-8. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1987.01860090072022>