

# Bilateral Kronik Otitis Mediada Üç Yıl Arayla Gelişen Bilateral Fasiyal Paralizi: Olgu Sunumu

Ahmet Kutluhan, Hakan Çankaya, Faruk Kiroğlu, Murat İçli, Muzaffer Kırış

**Özet:** Bu olguda önce sağ kolesteatomlu kronik otitis mediaya, üç yıl sonra ise sol kulakta kolesteatomasız kronik otitis mediaya bağlı olarak gelişen fasiyal paralizi tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik otitis media, kolesteatom, fasiyal paralizi, bilateral fasiyal paralizi

Fasiyal paralizi kronik otitis mediada (KOM) görülebilen ciddi ekstrakranial komplikasyonlardan birisidir. Antibiyoterapi öncesi dönemde KOM'da fasiyal paralizi görülme sıklığı %2,5 iken, bu oran antibiyotiklerin kullanımı ve cerrahi tekniklerin gelişmesi ile %0,16 gibi oldukça düşük seviyelere inmiştir (1). KOM komplikasyonu olarak görülen fasiyal paralizilerin önemli bir kısmı kolesteatomalı KOM'lara bağlı iken, kolesteatomasız KOM'larda fasiyal paralizi gelişimi çok nadir olarak ortaya çıkmaktadır. Chandler et al. (2) otitis media komplikasyonu olarak tespit ettikleri fasiyal paralizili 52 olgunun; 36'sında akut otitis medianın, 13'ünde kolesteatomalı KOM ve 3'ünde ise kolesteatomasız KOM'un neden olduğunu bildirmişlerdir.

Bu olguda, 3 yıl arayla sağ tarafta kolesteatomalı KOM'a, sol tarafta ise kolesteatomasız KOM'a bağlı olarak gelişen bilateral periferik fasiyal paralizinin nadirliğini ve ilginçliğini tartışmak istedik.

## Olgu

Yüzde asimetri, işitme kaybı, kulakta akıntı ve ağrı ile kliniğimize başvuran 42 yaşında bayan hastanın özgeçmişinde 3 yıl önce sağ kolesteatomalı KOM'a bağlı fasiyal paralizi nedeni ile Erzurum Numune hastanesinde acilen kulak ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Hastanın bu operasyonu ile ilgili hastane kayıtları ve operasyon bilgileri elde edildi. Olguya 3 yıl önce sağ kolesteatomalı KOM ve sağ periferik fasiyal paralizi tanısı ile sağ radikal mastoidektomi ve fasiyal sinir dekompresyonu yapılmış. Fasiyal kanalının timpanik segmenti kolesteatom tarafından erode edilmiş ve sinir üzerine baskı mevcutmuş.

YYÜTF KBB Anabilim Dalı

**Yazışma Adresi:** Doç.Dr. Ahmet Kutluhan

YYÜTF KBB Servisi

65200-VAN

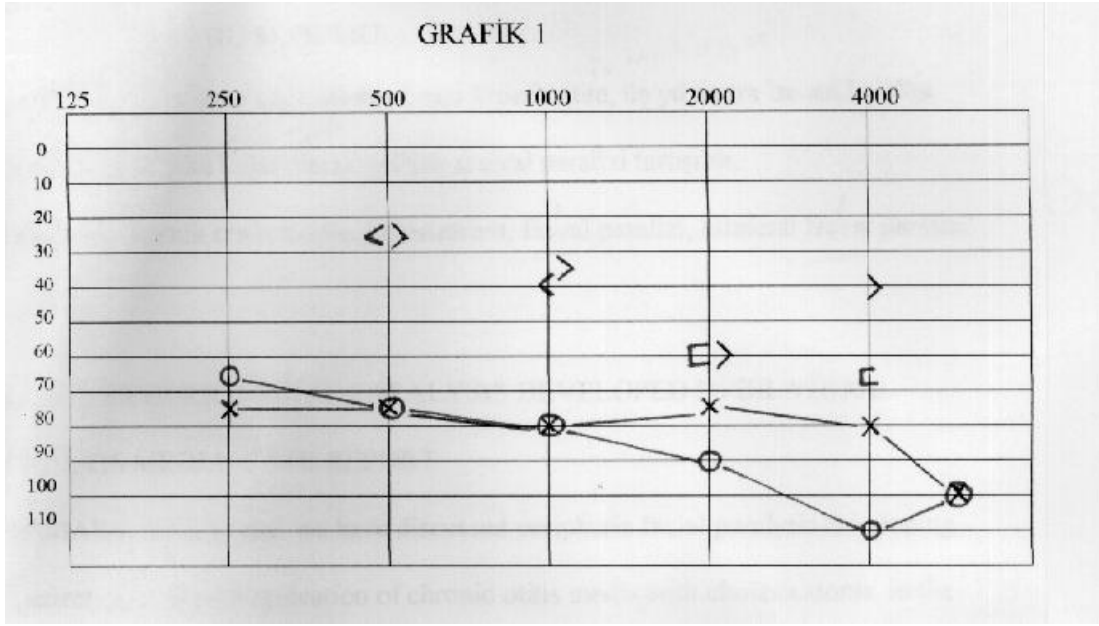
Tlf:0 432 2168348

Kolesteatoma matriksi çıkarıldıktan sonra fasiyal kanalın timpanik ve mastoid segmenti açılarak sinir dekomprese edilmiş.

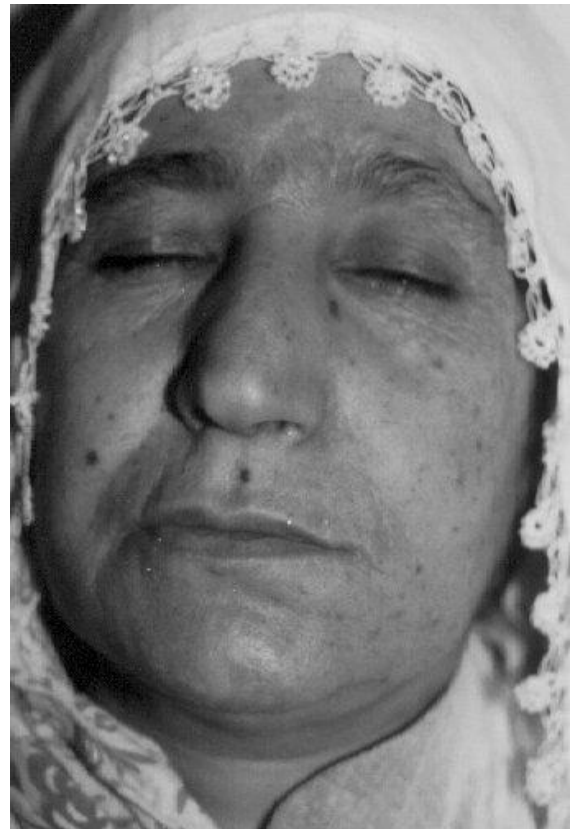
Olgunun fizik muayenesinde; sol periferik fasiyal paralizi mevcuttu. Sağ taraf fasiyal fonksiyonları da tam olmayıp özellikle göz kapamada ve kaş kaldırmada fasiyal zayıflık eşlik etmekte idi (House-Brackmann facial nerve grading system: grade II) (Resim 1). Sağ kulakta radikal mastoidektomiye ait kuru ve epitelize bir kavite, sol dış kulak yolunda seröpürülen bir kulak akıntısı vardı. Aspirasyonu takiben sol kulak zarının arka üst kadranda retrakte, perfore ve kısmen perforasyon kenarlarını aşmayan granüle doku ile kaplı olduğu görüldü. Olgunun burun ve boğaz muayeneleri normal olup, fasiyal paralizi dışında başka bir nörolojik defisiti yoktu. Yapılan radyolojik incelemede (Akciğer grafisi, Bilgisayarlı kulak ve beyin sapı tomografisi) akciğerlerde, intrakraniyal ve ekstrakraniyal alanlarda başka bir patoloji gözlenmedi. Sol kulakta mastoid hücrelerde erozyondan ziyade havalanmalarında bir azalma mevcuttu. Yapılan saf ses odyometrik incelemede (500, 1000, 2000 Hz) sağ kulak 82/42 dB, sol kulak 77/40 dB miks tip işitme kaybı saptandı (Grafik).

Olgu sol aktif KOM ve sol periferik fasiyal paralizi tanısı ile acilen operasyona alındı. Mastoid kavitede hücrelerin hipertrofik mukoza ile dolu olduğu görüldü. Epiteimaniumda granülasyon dokusu ile karşılaşıldı. Zarin arka yarısının promontoryuma kısmen yapışık olduğu üstte ise perfore ve epiteimaniumdaki granülasyonla bağlantılı olduğu görüldü. Kemikçiklerden inkus deformeydi ve stapes ise yoktu. Fasiyal kanal, timpanik parçada 0.5-0.7 mm açık olup, kenarları düzgündü. Fasiyal kanalın timpanik segmentindeki bu açıklığı açıklayacak bir patolojik görünüm olmadığından konjenital olabileceği kabul edildi. Operasyonda radikal mastoidektomi yapıldı. Fasiyal sinir dekomprese edilmedi. Orta kulak ve antrumdan çıkarılan granülasyon dokuları patolojik incelemeye gönderildi.

Grafik 1. Hastanın preoperatif pürton odyogramı



Resim 1: Sol kolesteatomsuz kronik otitis media komplikasyonu olarak sol periferik fasiyal paralizi preoperatif fotoğrafı.



Resim 2. Aynı vakanın postoperatif 3. Hafta düzelmiş fotoğrafı.

Patolojik incelemede kronik inflamatuvar reaksiyon olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde hastaya Magnetik görüntüleme yöntemi ile beyin ve beyinsapı incelemesi ve PPD ile tüberküloz araştırması yapıldı. Sonuçlar normal olarak değerlendirildi. Postoperatif antibiyoterapi ve kortikosteroid tedavisi verilen olgunun sol periferik fasiyal paralizi 1. haftada düzelmeye başladı. 3 hafta sonra ise fasiyal fonksiyonlar tam olarak düzeldi (Resim 2).

### Tartışma

Kronik otitis media komplikasyonu olarak gelişen fasiyal paralizi; daha çok kolesteatomalı KOM'da olmakla birlikte her tip KOM'da görülebilir. Otit komplikasyonu olarak ortaya çıkan fasiyal paralizilerde sinir biyopsisi alma imkanı olmadığı için paralizin nasıl meydana geldiği konusunda net bilgiler elde edilememektedir (1,2). Bununla birlikte otite bağlı periferik fasiyal paralizilerde paralizin gelişiminde genel olarak kabul edilen faktörler; enfeksiyonun eşlik ettiği osteit, kemik erozyonu ve ödemin yol açtığı kompresyon ve direkt enflamasyon şeklinde açıklanmaktadır (3). Kolesteatomalı KOM'larda fasiyal paralizi gelişimi genellikle kemik erozyonu sonucu oluşmaktadır. En önemli özelliği kemik erozyonu olan kolesteatoma, fasiyal kanalı en sık timpanik parçada erozyona uğratarak sinire ulaşmaktadır. Fasiyal sinir üzerine bası yaparak ya da sinir kılıflarının arasına girerek ödem ve inflamasyona neden olup sinir iletimini durdurmaktadır. Eğer uzun süre bu olay devam edecek olursa sinirde atrofi gelişimi ve çapında küçülme olmaktadır (4).

Kolesteatomasız KOM'larda ve akut otitis medialarda gelişen fasiyal paralizilerde kemik erimesinden ziyade fasiyal kanal üzerindeki konjenital kemik defektler rol oynar. Enfeksiyon ve enfeksiyonun toksik ürünleri bu kemik açıklıklardan sinire ulaşarak iletiyi engelleyecek enflamasyona neden olabilmektedirler (3). Fasiyal kanalın embriyolojik gelişiminde hem otik kapsül hem de ikinci brankial arkın rol oynaması bu kemik defektlerin gelişiminden sorumlu tutulmaktadır (4,5). Baxter (6) 535 temporal kemik üzerinde yaptığı çalışmada fasiyal kanal üzerinde konjenital açıklık oranını %55 olarak kaydederken, bu kemik açıklıkların %91'nin timpanik, %9'nun mastoid parçalar üzerinde olduğunu bildirmiştir. Olgumuzda oluşan fasiyal paralizilerden sağ kulaktakinden kolesteatomaya bağlı gelişen kemik erimesi sorumlu iken, sol kulaktakinden ise konjenital kemik açıklığının sorumlu olabileceği düşünüldü. Çünkü bu kulakta kemik destrüksiyonuna ait bulgu ile karşılaşmadık ve aynı zamanda kolesteatom da tespit etmedik. Olguda fasiyal paralizi yapabilecek diğer nedenlerin de saptanmaması bizi bu sonuca götürmüştür.

Akut otitis media ve KOM komplikasyonu olarak oluşan periferik fasiyal paralizilerde acil tedavi gereklidir. Akut otitlerde gelişen fasiyal paralizin tedavisi acilen tıbbi tedaviye başlamak ve orta kulak sıvısı drene olmuyor ya da yetersiz drene oluyorsa parasentez ile drenajı sağlamaktır. KOM zemininde gelişen fasiyal paralizilerde kolesteatom olsun ya da olmasın tedavi cerrahidir. Hastanın durumuna göre radikal, modifiye radikal mastoidektomi veya timpanomastoidektomi yapılır. Tartışma konusu olan ise fasiyal kanalının açılması ve sinirin tamamen dekompresyonudur. Granülasyon dokusu veya kolesteatom sinir kılıflarını invaze etmedikçe ya da kolay diseksiyon yapılabiliriyorsa dekompresyon tavsiye edilmemektedir. Tam tersi durumlarda, kolesteatom matriksi fasiyal sinir üzerinde bırakılması ve ödemin çözülmesini hızlandırmak için sinirin dekomprese edilmesi önerilmektedir (3). Olgumuzun sağ kulağında kolesteatom fasiyal kanalını erode ettiği için fasiyal sinir timpanik ve mastoid parçalarında dekomprese edilirken, sol kulakta ise erozyon, osteit ve baskı gibi durumlar olmadığı için dekomprese edilmedi.

KOM'da bilateral tutulum oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bellucci (7) cerrahi uygulanan KOM olgularının tümünde bilateral patolojiden söz ederken, Sade (8) atelektazi vakalarının %75'inin bilateral olduğunu rapor etmiştir. Akyıldız ve ark. (9) ise 238 KOM olgusunun %70'inde karşı kulaktada bir patoloji olduğunu saptarlarken, kolesteatomalı olgularında %47 oranında karşı kulakta retraksiyon cebi tespit etmişlerdir. Olgumuzda sağ tarafta kolesteatom olması sol taraf kulakta ise retraksiyon cebi ve perforasyonla seyreden KOM olması sık karşılaşılan bir durumdur. Ancak bu olgudaki ilginçlik kulak patolojilerinin bilateralliginde olmayıp aynı komplikasyonun bilateral olmasındadır. Dolayısıyla KOM olgularına bakış açımız kulak patolojisinin bilateralligi yanında komplikasyon oluşma riskinde bilateral olabileceği şeklinde olmalıdır ki, KOM olgularında olduğu gibi komplike KOM olgularında da karşı kulak daha yakın takibe alınmalıdır.

Bilateral fasiyal paralizi nadir klinik antitelerden biridir. Aynı anda senkronize bilateral tutulum şeklinde olabildikleri gibi alternan, rekürent ya da değişken olabilmektedirler. Möbius sendromunda, Guillain-Barre sendromunda, sarkoidozda, infeksiyöz mononükleozda, bilateral temporal kemik fraktürlerinde, beyin sapı lösemik infiltrasyonda, Lyme hastalığında, ensefalitlerde, Melkersson-Rosenthal sendromunda, multiple skleroz ve Bell paralizde simültane veya alternan bilateral fasiyal sinir tutulumları görülebilir. Otitis medialara bağlı bilateral fasiyal sinir tutulumlarına genellikle akut otitlerde ve

çocukluk yaş grubunda rastlanmaktadır (10). Olgumuzun erişkin yaş grubunda olması gelişmiş olan alternan fasiyal paralizinin etiyojisinde otit dışındaki faktörleri de araştırmamızı gerekli kılmıştır. Multiple skleroz, tüberküloz ve diğer fasiyal sinir tutulumu yapabilen nedenler ayırıcı tanıda ekarte edilerek sağ taraf fasiyal paralizinin nedeni kolesteatomasız KOM olarak kabul edildi.

Sonuç olarak KOM'da kulak tutulumları bilateral olduğu gibi komplikasyon görülmesi de bilateral olabileceğinden KOM olgularının erken tedavileri mortalite ve morbitide açısından önemi bu olgu nedeni ile bir kez daha teyid edilmiştir. Bilateral fasiyal paralizilerde ciddi ve çok değişik etiyojik faktörler olabileceği de her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

### **Bilateral Peripheral Facial Paralysis Developed In Three Years Interval In Bilateral Chronic Otitis Media: Case Report**

*Abstract: In this case, we have discussed peripheral facial paralysis developing twice in a patient; first as a complication of chronic otitis media with cholesteatoma in the right ear and chronic otitis media without cholesteatoma in the opposite ear alternately.*

*Key words: Chronic otitis media, cholesteatoma, facial paralysis, bilateral facial paralysis*

### **Kaynaklar**

1. Pollock RD, Brown LD: Facial paralysis in otitis media, In: Disorders of the facial nerve anatomy, diagnosis and treatment. Edited by Graham M, House WF, New York, Raven, pp:221-224,1982.
2. Chandler JR, May M: Infection: Malignant otitis and other inflammatory disorders, In: The facial nerve. Edited by May M, New York, Thieme-Stration, 1986.
3. Harker LA, Pignatary SN: Facial nerve paralysis secondary to chronic otitis mediawithout cholesteatoma. Am J Otol 13(4): 372-4,1992.
4. Erkan M, Kutluhan A: Fasiyal Sinir. Erciyes Tıp Dergisi Ek 1. 277-96,1992.
5. Nager GT, Proctor B: Anatomic Variations and Anomalies Involving the Facial Canal. In: Mattox DE. Management of Facial Nerve Disorders. In: The Otolaryngologic Clinics Of North America. W.B. Saunders Company Press. 24(3): 531-552,1991.
6. Baxter A: Dehiscence of the Fallopien canal. J Laryngol Otol 85:587-594, 1971.
7. Bellucci RJ: Basic considerations for success in tympanoplasty. Arch Otolaryngol 90: 723-741,1969.
8. Sade J: Secretory otitis media and its sequale. In: Monographs in Clinical Otolaryngology. Vol. I. New York, Chuchill Livingstone, 1980.
9. Akyıldız N, Özgirgin N, Bayramoğlu İ ve ark: Kronik Otitis Media ve Kontrilateral Kulak. Baş ve Boyun Cerrahisinde Yeni Gelişmeler Simpozyumu. 149-151,1992.
10. Smith V, Traquina DN: Pediatric Bilateral Facial Paralysis. Laryngoscope 108(4): 519-23,1998.