

Otojenik Beyincik Apsesi: Olgu Sunumu

Fatma Tülin Kayhan¹, Bülent Yılmaz¹, Öztürk Aktaş¹, Ali İhsan Işık²

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Kulak Burun Boğaz Kliniği, ²Beyin Cerrahisi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Otojenik beyincik absesi: Olgu sunumu

Akut veya kronik orta kulak iltihabının komplikasyonları tedavide antibiyotiklerin yer olmasından beri oldukça azalmıştır. Beyin veya beyincik absesi nadiren görülmesine rağmen yüksek mortalite riski nedeniyle önemlidir. Tedavisi yüksek doz antibiyotik veya cerrahi drenajdır. Bu yazıda beyinciğe yerleşmiş bir otojen beyincik absesini sunduk.

Anahtar kelimeler: Beyin absesi, serebellum absesi, kronik otit media

ABSTRACT

Otogeneus cerebellum abscess: Case report

The complications of acute/chronic otitis media decreased since commencement of antibiotics in therapy. Although brain or cerebellar abscesses are rarely seen, they are important because of their high mortality. High dose antibiotics or surgical drainage can be applied in treatment. We are presenting one case of otogenic abscess of cerebellum.

Key words: Brain abscess, cerebellum abscess, choronic otitis media

Bakırköy Tıp Dergisi 2008;4:34-36

GİRİŞ

Timpanik membranda perforasyonla birlikte üç aydan uzun süren ve medikal tedaviye yanıt vermeyen otitis media, kronik otitis media(KOM) olarak tanımlanır. Orta kulak iltihaplarının, orta kulak mukozasının dışına taşmasına otojen komplikasyonlar denir. Otojen komplikasyonlar akut, subakut ve kronik otitis medialis sırasında ortaya çıkabilirler. Akut otitis media (AOM) sırasında veya AOM'yi takiben menenjit, fasial paralizi, labirentit ve subdural apse ile özellikle çocukluk çağı dönemlerinde sık karşılaşılır. Subakut veya kronik infeksiyonlara bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar ise mastoidit, petrozit, fasial paralizi, labirentit, ekstradural apse, sigmoid sinüs tromboflebiti, beyin absesi, otitik hidrosefali, menenjit ve subdural apselerdir.

Kolesteatom, keratinize skuamöz epitelin oluşturduğu ve destrüksiyon yaparak büyüme özelliği olan kitlelerdir. KOM sırasında beyin absesine neden olan en önemli patoloji kolesteatomdur. Bu tip otitler, kemik

erozyonu ile beyin absesine neden olurlar. Preforme yollar ve venüllerin tromboflebiti ile beyin absesi oluşumu daha seyrektrir.

Beyin absesi nadir görülen patolojilerdendir. Geniş seri otopsi çalışmalarında sıklığı %0.18 ile 1.3 arasında bulunmuştur (1). Uzak bir odaktan hematogen olarak ya da komşu süperatif odağın direkt olarak yayılması sonucu oluşabilir.

Geniş spektrumlu antibiyotiklerin tedaviye girmesinden önceki dönemlerde beyin apselerinin %50'si otojen odaktan kaynaklanmakta idi (2). Son yıllarda yapılan istatistiksel bir çalışmada, beyin apselerinin sadece 1/8'inin otojen kaynaklı olduğunu bildirilmektedir (1). Antibiyotiklerin kullanılmaya başlamasıyla otojen beyin apselerinin oranında anlamlı düşüş izlenmiştir

Bu makalede günümüzde nadir görülen bir otojen serebellar apse olgusu sunulmuştur.

OLGU

On altı yaşındaki erkek hastanın yaklaşık 8 yıldır sağ kulaktan aralıklarla sarı, yeşil renkte, kötü kokulu, pürülan vasıflı, tıbbi tedaviyle kontrol altına alınabilen akıntı öyküsü vardı. En son 6 ay önce sağ kulaktan aynı özelliklerde akıntısı tekrarlamış. Polikliniğimizde medikal tedavi düzenlenen hastaya şikayetlerinin kontrol altına alı-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Öztürk Aktaş
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, KBB Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-414-7252

Elektronik posta adresi / E-mail address: ozturkaktas@myynet.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 31 Ocak 2007 / January 31, 2007

Kabul tarihi / Date of acceptance: 25 Haziran 2007 / June 25, 2007



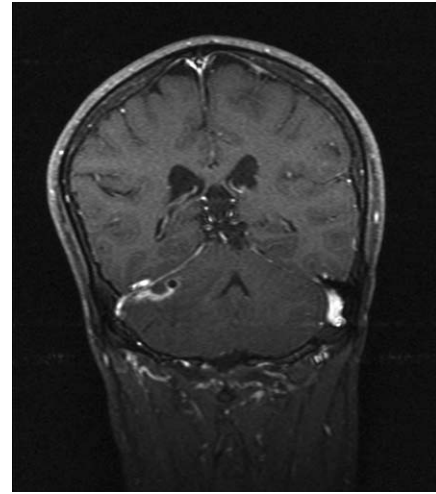
Şekil 1: Operasyon öncesi çekilen kraniyal MRG.Sağ mastoid selülleri, timpanik kaviteyi bütünüyle dolduran, ekspansiyon eden apse koleksiyonu, mastoid kemik posterioinferiorunda defektif görünüm, bu düzeyde sağ serebellar hemisfer anteriorunda 6 mm kalınlığında epidural apse ve sağ serebellar hemisferde 3 cm boyunda apse koleksiyonu ve yoğun ödem.

namaması üzerine odiojik ve görüntüleme yöntemleri ile kolestetaomlu KOM tanısı konularak operasyon önerildi. Sosyal nedenlerden dolayı opere olamayan hasta, son bir hafta içerisinde kulak akıntısıyla birlikte, baş dönmesi, baş ağrısı ve genel durum bozukluğu şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu.

Otoskopik muayenesinde sağ dış kulak yolunda pürülan, sarı renkli, kötü kokulu sekresyon izlendi. Dış kulak yolu ödemi nedeniyle timpanik membran değerlendirilemedi. Diğer muayeneleri doğal bulundu. Odyogramda sağ kulakta çok ileri derecede mikst tip, sol kulakta hafif şiddette mikst tip işitme kaybı saptandı. Nörolojik muayenesinde hasta uyanık, koopere ve oryante idi. Meninks irritasyon bulguları saptanmadı. Kas gücü tam olarak değerlendirildi. Derin tendon refleksleri +++/++. Romberg (+), ataksi (+) olan hastada diadokinezi ve dismetri saptandı. Sağa vuran horizontal nistagmus izlendi. Hastanın fundus muayenesinde papilödem saptanmadı.

Aksial planda temporal kemik bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ mastoid hücre aerasyonunu tama yakın kapatan, sağ timpanik kaviteyi oblitere eden, komşu osseöz yapılar da rarefikasyona ve yer yer destrüksiyona neden olan, ekspansiyon karakterde, yaygın yumuşak doku dansitesinde kitle imajı izlendi. Sağ kulakta kemikçik zincir izlenmedi.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmasında



Şekil 2: Revizyon apse drenajı operasyonundan 36 saat sonra çekilen kontrol MRG.Sağ serebellar hemisferde ödem ve hemisfer lateralinde minimal serebromalazi.

(Şekil1), sağ mastoid selülleri, timpanik kaviteyi bütünüyle dolduran, ekspansiyon eden apse koleksiyonu, mastoid kemik posterioinferiorunda defektif görünüm, bu düzeyde sağ serebellar hemisfer anteriorunda 6 mm kalınlığında epidural apse ve sağ serebellar hemisferde 3 cm boyunda apse koleksiyonu ve yoğun ödem izlendi.

Dış kulak yolundaki sekresyondan kültür alındıktan sonra hastaya 2 gün süreyle seftriakson (1 gr 2x1/gün IV) ve siprofloksasin (4x4 gtt/gün) verildi ve operasyona alındı.

Intratrakeal genel anestezi altında sol retroaurikuler sulkus insizyonu ile cilt, cilt altı, temporal kas ve periost geçildi. Periost öne doğru eleve edildi. Mastoid kortekste 2-3 mm çapta oto-evide bir alan izlendi. Bu bölgeden turlanmaya başlandı, mastoid kaviteye girildi. Mastoid kavite önde petröz apekten arkada stella açısına, yukarıda tegmen timpaniye kadar tamamen kolesteatom dokusuyla dolu olarak izlendi. Yassı epitel ve granülasyon dokuları temizlendi. Tabanda semisirküler kanal posteriosuperiorunda kemik dokunun erode olduğu bölgeden posterior kranial fossaya girildi. Bol pürülan sekresyon drene edildi. Mastoid kavite spongostan ile dolduruldu. Periost, cilt altı ve cilt uygun materyallerle kapatıldı.

Post-operatif dönemde hastaya aynı dozda seftriakson tedavisine devam edildi. Operasyon sonrası 48. saatte kültür sonucunda seftriaksona duyarlı E.Coli üremesine rağmen hastanın genel durumunda iyileşme saptanmadı. Çekilen kontrol kraniyal BT'sinde aynı lokalizasyonda, operasyon öncesi ile yakın boyutlara sahip apse imajı izlenmesi üzerine hasta tekrar operasyona alındı. Eski

insizyon hattından girilerek tekrar apse drenajı yapıldı, 8 numara foley sonda dren olarak apse kavitesine yerleştirildi ve hemovak dren haznesine bağlandı. Post-operatif 36. saatte genel durumu iyileşen ve ateşi düşen hastaya çekilen kontrol MRG'de (Şekil 2) sağ serebellar hemisferde ödem ve hemisfer lateralinde minimal serebro-malazi izlendi. Aps kavitesinin regrese olduğu saptandı. Ameliyat sonrası 21. güne kadar antibiyotik tedavisi verdiğimiz hastanın 10. günde, otoloji polikliniğimizde takipleri yapılmak üzere şifa ile taburcusu yapıldı.

TARTIŞMA

Otojen beyin apsesi, nadir görülen KOM komplikasyonlarından ve günümüzde görülme sıklığı giderek azalmaktadır. Bunun da en önemli nedeni, tedavi yöntemlerindeki gelişmenin yanında hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesidir. Bizim olgumuzda serebellar apse gelişmeden önce polikliniğimizde takip edilmiş, medikal tedaviyle enfeksiyon kontrol altına alınmayınca operasyon önerilmişti. Fakat sosyal nedenlerden dolayı hasta operasyonu geciktirince komplikasyonla karşılaşmıştır. Sağlık hizmetlerine ulaşımı daha da kolaylaştıracak stratejilerin geliştirilmesiyle belki de yakın bir zaman içinde bu tür vakalara hiç rastlamayacağız.

Otojen kökenli beyin apsesi otitis medianın beyin içine yayılması ile meydana gelir. Akut ve kronik iltihapların her ikisinde de görülmesine rağmen sıklıkla KOM sonrası görülürler. Otojen beyin apseleri en sık temporal lobda ortaya çıkar. Daha az oranda beyincik dokusunda, nadiren de parietal ve oksipital loblarda gelişir (3).

Otojen beyin apseleri erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Beyincik apseleri 10-20 yaş arasında sık görülürken, temporal lob apseleri 20-30 yaşlarında daha siktir. Bizim olgumuz da 16 yaşında idi ve beyincik apselerinin sık görüldüğü yaş ile uyumludur.

Beyin apsesi oluşumunda çoğunlukla birkaç mikrobiyolojik ajan birden sorumludur. Dış kulak yolu akıntısın-

dan yapılan kültürlerle apsedan elde edilenler genellikle birbirlerine uyarlar. Beyin apselerinde en sık rastalanan etkenler; P.vulgaris, E.coli, P.auriginosa, S.viridans, S.fecalis, S.aureus, alfa streptokok grubu, H.influenza, K.pneumoniadır. Bizim olgumuzda hem dış kulak yolu hem de apse materyalinde E.Coli üremiştir.

Otojen kökenli beyin apselerinin tedavisinde iki yol vardır; antibiyotik tedavisi ve apsenin cerrahi olarak drenajı. Beyin apsesi tedavisinde kan beyin bariyerini geçebilen geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmaktadır. Antibiyotik tedavisi, klinik ve biyolojik olarak iyileşmenin ardından 3 ile 6 hafta daha sürdürülmelidir. Cerrahi olarak apsenin drenajı hem tedavinin yönlendirilmesinde bakteriyolojik örnek sağlanması, hem de apsenin küçütülmesi bakımından faydalı bir yöntemdir.

Antibiyotik tedavisi öncesi kültür alınarak I.V yüksek doz (20-40 milyon ünite/gün) penisilin verilir. Biz kliniğimizde, yüksek penisilin direncini göz önüne alarak seftriakson (2 gr/gün) tedavisi uyguladık. Nitekim 3 gün sonrasında alınan kültür antibiyogram sonucunda etken olarak saptanan bakteri (E.Coli) penisiline dirençli olarak bulundu.

Beyin apsesi cerrahi drenajında kafa içi basıncı artırmayacak anestezi ajanları kullanılmalıdır. Cerrahi sonrası apse kavitesine dren konulması konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Sennaroğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 41 olgunun %61'inde sadece radikal mastektomi ile kür sağlanmıştır. Olguların %20'sinde apse drenajı sonrası dren yerleştirdiklerini bildirmişlerdir (3). Bu olguda cerrahi sırasında apsenin tam olarak drene olduğuna kanaat getirildi ve dren yerleştirmeye gerek duyulmadı. Fakat klinik izlemde hastanın genel durumunun düzelmemesi ve çekilen kontrol kraniyal BT'de apse kavitesinin regrese olmadığına görülmesi üzerine tekrar apse drenajı yapılarak dren yerleştirildi. Drenaj yapıldıktan sonra en az 21 gün süreyle antibiyotik tedavisine devam edilmelidir. Biz de olgumuzda 21 güne kadar antibiyotik tedavisine devam ettik.

KAYNAKLAR

1. Couloigner V, Sterkers O, Redondo A, Rey A. Brain abscess of ear, nose and throat origin: Comparison between otogenic and sinogenic etiologies. Skull Base Surg 1998; 8: 163-168
2. Sorensen H. Antibiotics in suppurative otitis media. Otolaryngol Clin North Am 1977; 10: 45-50.
3. Sennaroğlu L, Sozeri B. Otogenic brain abscess: review of 41 cases. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 123: 751-755.