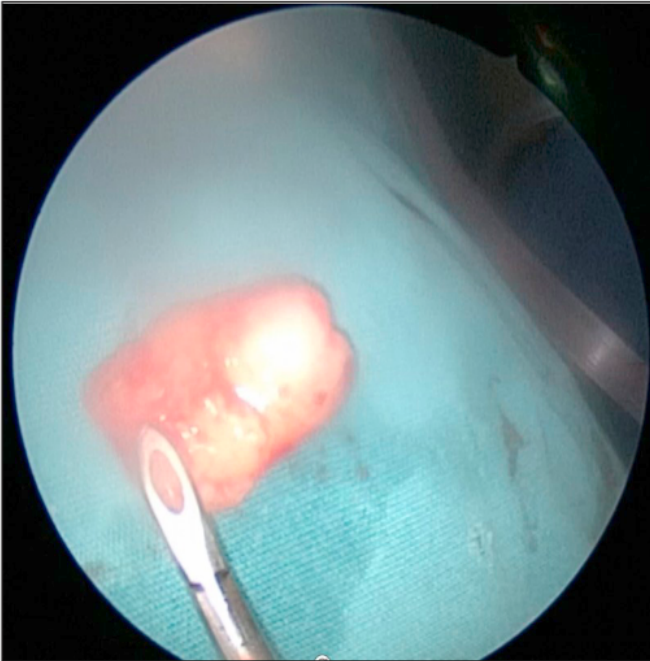


Resim 5. Maksiller sinüs içinde ektopik diş görünümü



Resim 6. Ektopik diş

Otoloji-Nörotoloji

EP-084

PETRÖZ APEKS EFÜZYONU VE SUBKOKLEAR YAKLAŞIM

Harun Gür, Kemal Görür, Onur İsmi, Onurhan Güven
Mersin Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Mersin

AMAÇ: Akut infeksiyonlar, mukosel ve efüzyonlar petröz apeksin (PA) sıvı içeren üç ana lezyonudur. Petröz apeks efüzyonları diğer sıvı içeren lezyonların aksine magnetik rezonans görüntüleme (MRG) beklenen sıvı karakteristikleri gösterirken bilgisayarlı tomografide (BT) apeks havalı hücrelerini ayıran trabeküllerin korunmuş olduğu izlenmektedir. Temporal kemiğin pnömatizasyonu ve işitmenin duruma göre petröz apeks cerrahi drenajı için birçok yaklaşım tanımlanmıştır. İşitme normal ise infrakoklear (subkoklear), infralabirentin, retrolabirentin, transsfenoidal ve orta fossa yaklaşımı kullanılabilir. Ancak işitme iyi değil ise translabirentin veya transkoklear yaklaşım uygulanabilir. Subkoklear yol juguler bulbus, internal karotid arter, fasiyal sinir ve koklea arasından petröz apekse ulaşım sağlayan yol-

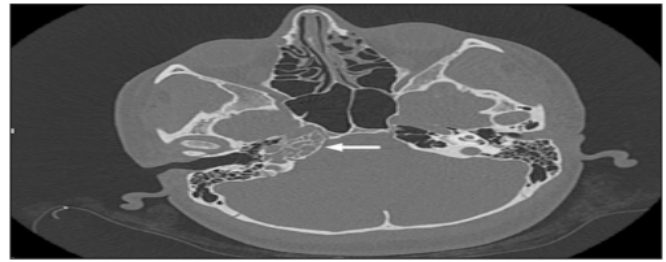
lardan biridir. Bu yazıda amacımız subkoklear petröz apeks drenajı yapılan semptomatik petröz apeks efüzyonu olan bir hastayı güncel bilgiler ışığında sunmaktır.

OLGUNUN ÖZELLİKLERİ: 20 yaşında kadın hasta 9 aydır devam eden sağ göz arkasında ağrı ve sağ yüz yarısında uyuşma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın tıbbi öyküsünde, geçirilmiş bir kulak enfeksiyonu olmayıp ek bir hastalık mevcut değildi. Fizik muayenede bilateral otoskopik muayene olağandı. Sağ yüz yarısında hipoestezi olduğu ve aynı tarafta kornea refleksinin olmadığı izlendi. Sağ yüz yarısında hemifasiyal spazm olduğu tespit edildi. Rutin kan sayımı incelemesinde beyaz küre ve C-reaktif protein düzeyleri normal sınırlar içindeydi. Odyometrik incelemede işitmenin bilateral normal olduğu izlendi. Temporal BT'de sağ petröz apeks hücrelerinin septalarının korunduğu; ancak içlerinin hipodens bir lezyonla dolu olduğu izlendi. Temporal MRG'de sağ petröz apeks hücrelerini dolduran T1 de hipointens, T2 de hiperintens sıvı ile uyumlu lezyon izlendi. Temporal BT'de apeks hücrelerinin septalarının korunması, MRG'de T2 de sıvı ile uyumlu hiperintens lezyon görülmesi ve aktif infeksiyon bulgularının olmaması sebebiyle petröz apekteki lezyonun efüzyon olduğu düşünüldü.

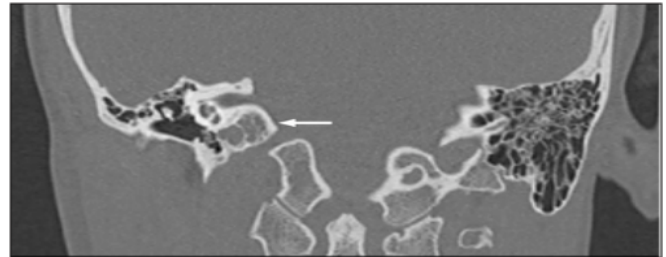
TEDAVİ VE PROGNOZ: Hastaya 20 gün 1 gr amoksisilin klavulanik asit günde iki kez ve 1mg/kg metilprednizolon 10 gün, 4 gün içinde azaltılacak şekilde, toplam 14 gün verildi. Semptomlarında gerileme olmayan hastaya cerrahi planlandı. İşitmenin normal olması nedeniyle cerrahi olarak subkoklear yaklaşım seçildi. Genel anestezi altında retroauriküler insizyonla ameliyata başlandı. Timpanoplastide uygulanan rutin aşamalar geçildikten sonra timpanomeatal flep kaldırıldı ve orta kulağa girildi. Süperiorda koklea olacak şekilde juguler bulbus ve karotis interna arasındaki bölge elmas tur yardımıyla açıldı. Petröz apeks hücrelerine ulaşıldı ve hapsolmuş olan sıvı drene edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi ve hastanın şikayetlerinde iyileşme izlendi.

YORUM: Petröz apeks efüzyonları medikal tedaviye rağmen semptomatik olan hastalarda cerrahi girişim gerektirir. İşitmesi normal olan hastalarda ve temporal kemiğin pnömatizasyon durumuna bağlı olarak subkoklear yol ile petröz apeks hücrelerinin işitmeyi koruyarak etkili bir şekilde boşaltılabileceğini düşünmekteyiz. Cerrahi yaklaşım preoperatif işitmenin durumu, cerrahın becerisi ve görüntüleme yöntemlerinde lezyonun petröz apeks anatomisiyle ilişkisine göre seçilmez.

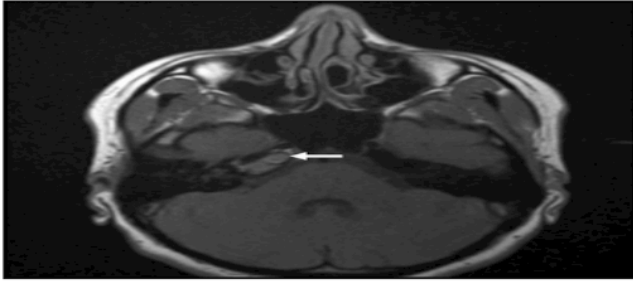
Anahtar kelimeler: Efüzyon, petröz apeks, subkoklear yaklaşım



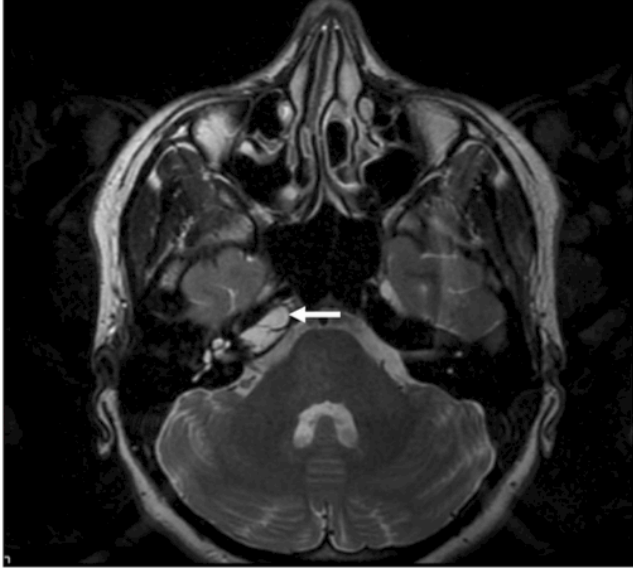
Resim 1. Sağ petröz apekteki efüzyonun aksiyal kesit BT görünümü (Beyaz ok)



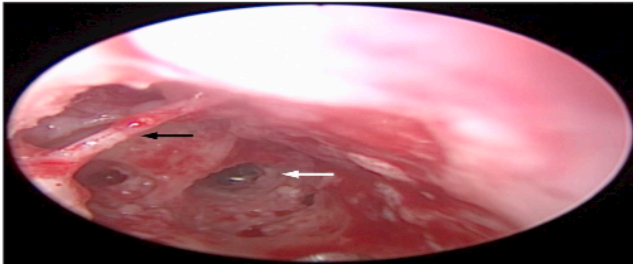
Resim 2. Koronal kesit BT'de petröz apeks inferiorunda efüzyon (Beyaz ok)



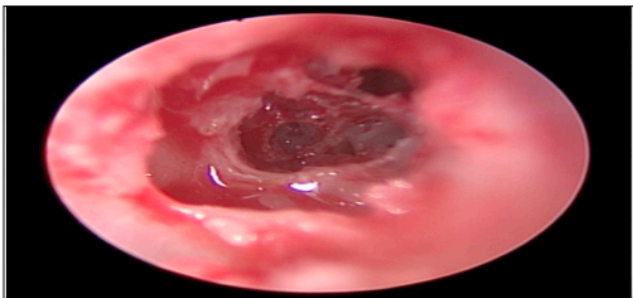
Resim 3. T1 ağırlıklı MRG'de petröz apekteki hipointens lezyonun görünümü



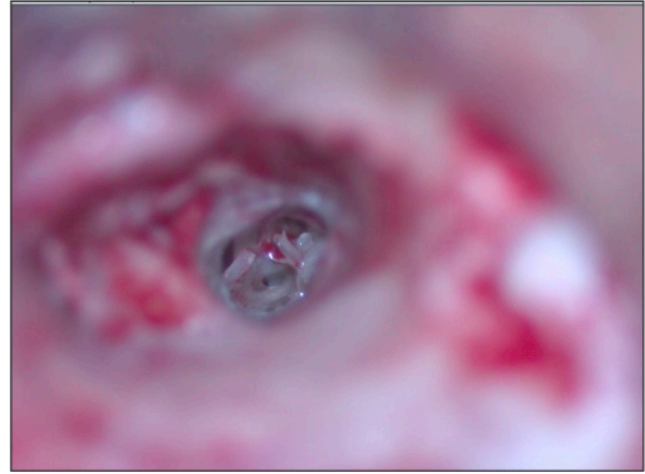
Resim 4. T2 ağırlıklı MRG'de petröz apekteki hiperintens lezyonun görünümü



Resim 5. Subkoklear yol ile petröz apeks hücrelerine ulaşım (Beyaz ok). Korda timpani (Siyah ok)



Resim 6. Drene edilmiş petröz apeks hücrelerinin görüntüsü



Resim 7. Drene edilmiş petröz apeks hücrelerinin endoskopik görüntüsü

Baş - Boyun Cerrahisi

EP-085

BİRİNCİ BRANKİAL KİST TİP 1 DÖRDÜNCÜ
REVİZYONU: MİKROSKOBİK YAKLAŞIM

Annagül Berdiyeva

Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi, kulak burun boğaz ana bilim dalı, Mersin

AMAÇ: Önemli baş boyun oluşumlarını meydana getiren brankial yapılar fetal gelişimin 4. ve 6. haftaları arasında gelişirler. Bu yapılar brankial arklar, nöral krest hücreleri ve lateral mezodermden gelişir. Beş adet ektodermal yank ve beş adet endodermal brankial kese bu iki yapının ara yüzünde bulunan bir membranla brankial arkları altına ayırır. Brankial yank anomalileri dört tipe ayrılır. En sık ikinci brankial yank anomalisi görülmektedir ve tüm olguların %95'ini oluşturmaktadır. Bu yazıda amacımız, 4 kez nüks eden birinci brankial kistin tip 1 alt tipi olan hastada mikroskopik yaklaşımın nüksleri önlemede önemini tartışmaktır.

OLGUNUN ÖZELLİKLERİ: On yaşındaki erkek hasta sağ kulak arkasında şişlik, kızamıklık ve ağrı olması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastaya daha önce aynı şikayetleri nedeniyle dış merkezde apse drenajı yapılmış. Drenaj işleminden sonra şikayetleri gerilemiş. Aradan 1 yıl geçtikten sonra aynı şikayetleri oluşması üzerine tekrardan abse drenajı yapılmış. Şikayetleri 1,5 yıl gerilemiş, sonra tekrar sağ kulak arkasında şişlik, kızamıklık ve ağrı olmuş. Hastanemize geldiğinde hastanın fizik muayenesinde sağ postaurikuler bölgesinde flukstasyon veren şişlik, kızamıklık ve ağrı mevcuttu, sağ boyunda küçük lenfadenopatileri vardı, hospitalize edilerek parenteral antibiyotik başlandı. MR çekildi. MR raporunda sağ parotis bezi lateralinde dış kulak yolu inferiorunda tanımlanan alan 1. brankial yank patolojisi ile uyumlu olabilir: bu lezyon öncelikle fistül traktı ile uyumlu olabileceği düşünülmüştür: olarak raporlandı.

TEDAVİ VE PROGNOZ: Hasta genel anestezi altında sağ retroaurikular cilde fistülize kitle (tip 1 1. brankial yank kisti) intraket ile kanüle edildi. Metilen mavisi verilerek kist şişirildi. Daha önceki insizyon da insizyona dahil edilerek cilt ciltaltı geçildi. Operasyon mikroskopisi çekildi. Kist traktusu takip edildi. Traktusun dış kulak yolu kemik kartilaj birleşkede sonlandığı gözlemlendi. Burada ancak mikroskopik büyütme ile görülen hapsolmuş epitel olduğu izlendi. Kist dış kulak yoluna açılmıyordu, ancak daha önce 3 kere kist nedeniyle opere olmuş olduğu için ilişkili dış kulak yolu cildi ve kartilaj da spesmene dahil edilerek kist traktusu ile en blok çıkarıldı. Dış kulak yolu cildi sütüre edildi. Hastanın postoperatif gözleminde insizyon yeri doğal görünümdeydi, ağrı ve kızamıklığı gerilemişti, laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı, oral antibiyotik ve analjezikle taburcu edildi.

13-17 Kasım 2019