

aralıklı akıntıyla medikal tedavi almış. Bu süreçte sol işitmesini kaybetmiş. 5 yıl önce gelişen sol fasiyal paralizisinde medikal tedavilerle kısmi iyileşme olmuş. Başvurudan 6 ay önce sol fasiyal paralizisi şikayetine şiddeti artmış. Muayenesinde solda House-Brackmann evre VI fasiyal paralizisi mevcuttu. Otoskopisinde sol mastoidektomi kavitesi nemli, akıntılıydı. Odyometrisinde solda total işitme kaybı mevcuttu. Temporal BT'sinde, petröz apekte, süperior ve posterior semisirküler kanal medialinde, petröz sırttan internal akustik kanaldan (İCA) kaudaline uzanan kemik defekt oluşturmuş boyutları 27x14x1mm yumuşak doku dansitesi, petröz sırt orta, posterior kranial komşuluğunda kortekste defekt gözlemlendi. Temporal diffüzyon manyetik rezonansda (dMR) sol pontoserebellar köşede petröz apeks, İCA'da T1 düşük, T2 yüksek sinyalli diffüzyon kısıtlanmalı oluşum izlendi. Bu bulgularla petröz apekte kitle ön tanısıyla cerrahi planlandı.

Tedavi ve prognoz: Olgumuzda total işitme kaybı, VI fasiyal paralizisi, masif labirentin-apikal tip petröz apeks kolesteatomu olmasıyla modifiye transkohlear yaklaşım uygulandı. Orta kulakta nüks kolesteatom izlenmedi. Petröz apekse ulaşmada fasiyal sinir ortaya kondu. Lateral semisirküler kanal, vestibül turlanarak apekse ulaşıldı. Burada primer kolestatom görüldü. Bunun kokleaya ilerlediği görülünce transkohlearyolla turlanarak apekteki kolestatom dokusu temizlendi. Kolesteatom İCA'ya uzanmaktaydı. İCA açılarak içerisindeki kolesteatom temizlendi; BOS gelişi gözlemlendi. İCA'daki dura defekti yağ, kemik greftleri, fibrin yapıştırıcıyla onarıldı. Uzamış fasiyal paralizisi, intraoperatif labirenter segment atrofisi izlenmesiyle sinir grefti uygulanmadı. Subtotal petrözektomi sonrası kaviteye fasya serildi. Postoperatif BOS sızıntısı, komplikasyon gözlenmedi, şifayla taburcu edildi. 2x1x0.8cm boyutlarındaki materyalin patolojisi kolesteatom olarak raporlandı. Kolesteatomun duradan tamamıyla sıyırılması zor ve nüksde önemli neden olmasıyla kavitenin obliterasyonu tartışmalıdır. Olgumuzda da olası nüks açısından önerilen açık kavite uygulandı. Postoperatif ikinci ay kontrolünde dMR'da nüks lezyon gözlenmedi.

Yorum (Edinilen deneyim ve öneriler): Petröz apeks kolesteatomu nadir, tedavisi zor bir hastalıktır. Olgumuzun muhtemel doğumsal kökenli petröz apeks kolesteatomu olup uzun zaman teşhis konamaması, İCA'ya uzanmasıyla özellik göstermektedir. Sonuçta petröz apeks kolesteatomu gözden kaçabilen ciddi kulak patolojilerindedir. Hekimler fasiyal paralizisi, kulak akıntısı, işitme kaybı şikayetli hastalarda temporal kemiğin petröz bölgesini dikkatli değerlendirip tetkik etmelidir. Böylece bu nadir patolojiye görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle de erken tanı konularak oluşturabileceği mortalite ve morbidite azaltılabilir.

OPS-18 Otoimmün İç Kulak Hastalığı ve Seronegatif Romatoid Artritli Hasta

Annagül Berdiyeva, Harun Gür, Onur İsmi, Kemal Görür

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Otoimmün iç kulak hastalığı (OİKH) nadir görülen bir hastalık olup bilateral hızlı ilerleyen sensörinöral tip işitmekaybı ile karakterize klinik bir sendromdur. Vertigo, tinnitus ve aural dolgunluk hissi OİKH büyük bölümünde

görülebilir. Sistemik lupus eritematozis, romatoid artrit (RA), Sjögren sendromu gibi bir çok sistemik otoimmün hastalıkta vestibüloköklar sistem etkilenebilir. Sensörinöral işitme kaybı (SNİK) genellikle fluktuandır ve bilateral SNİK haftalardan aylara kadar devam edebilir. Tedavide esas olarak anti-inflamatuar ilaçlar, özellikle de kortikosteroidler kullanılır. Bunun yanında immünsüpresanlar (metoteksat, siklofosamid) da kullanılmaktadır. Bu olgusunumu RA tanılı OİKH düşünülen hastanın takibi, klinik seyri ve tedavisi incelemektir.

Olgunun özellikleri (Yakınma, öykü, klinik ve laboratuvar bulgular): 53 yaşında kadın hasta sağ kulağında işitme kaybı, çınlama ve baş dönmesi nedeniyle yatırıldı. Hasta 1 yıl önce baş dönmesi ve sol kulağında ani işitme kaybı nedeniyle o dönemde prednol ve hiperbarik oksijen tedavisi ile septomları gerilemiş, işitmesinde değişiklik olmamış. Bilateral sensörinöral işitme kaybı olan hasta da otoimmün iç kulak hastalığı düşünüldü. Hasta 8 yıl önce seronegatif RA tanısı alan hasta 2 yıldır tedavi almıyormuş. Atak döneminde eklemlerinde kızarıklık, ağrı ve şişlik olduğunu tarifliyor, en son 4 ay önce artrit atağı geçirmiş. Hastanın otoskopik bakışı ve diğer baş boyun muayenesi normaldi. Sağ kulak kemik hava-yolu 120-70 db, sol kulak kemik-havayolu 120-70 db idi. LAB sonuçlarında hafif açlık kan şekeri yüksekliği vardı. Diğer laboratuvar sonuçlarında anormallik yoktu. Temporal MR normaldi.

Tedavi ve prognoz: Hastaya 2mg/kg prednol başlandı ve romatoloji bölümüne konsulte edildi. Romatoloji bölümü hastanın mevcut laboratuvar ve klinik bulguları ile acil tedavi gerektirecek romatolojik patolojiden düşünmedi. Romatolojik testlerde ve istenilen diğer terslerde herhangi bir pozitif bulgu yoktu. Hasta servisimizde 10 gün takip edildi. Yapılan en son odyometrisinde total işitme kaybı mevcuttu. Hasta prednol tablet ve proton pompa inhibitörü ile taburcu edildi.

Yorum (Edinilen deneyim ve öneriler): İmmüneracı SNİK'nin başlangıcı iyi anlaşılmayan hastalıktır ve OİKH'in patogenetik mekanizmaları belirsizliğini korumaktadır. Ayrıca, OİKH tanısı için standardize edilmiş tanı kriterleri veya güvenilir tanı testleri yoktur. Bu nedenle, immune aracılı kokleovestibüler bozuklukların tanımı, dışlanması zorlu bir tanıdır. Bu hastalığın multidisipliner yönetimini başarmak için kulak burun boğaz uzmanları, odyologlar veromatologlar arasında yakın bir işbirliği önerilmektedir, ve erken tanımlaması ve acil tedavi edilmediği takdirde kalıcı işitme kaybı ile sonuçlanabilir.

OPS-19 Odyovestibüler Bulguların Fasiyal Paraliziye Eşlik Ettiği Genikulat Ganglion Şvannomu: Olgu Sunumu

Cemal Aksoy, Nadir Yıldırım, Sermin Tok Umay

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Kütahya

Amaç: Fasiyal sinir şvannomu (FSS) nadir görülen, ancak, sinirin en sık rastlanan tümürüdür. Sensorinöral işitme kaybı (SNİK) ve periferik fasiyal paralizisi (PFP) en sık takdim belirtileridir. Fasyal paralizisi ve SNİK ile birlikte vestibulometri bulguları veren, radyolojik olarak GG'dan kaynaklandığı saptanan FSS olgumuzu sunmayı ve hastalığın odyovestibüler tutulum mekanizmalarını