

İstanbul  2008
KBB-BBC
UZMANLARI DERNEĞİ

14.KONGRESİ

15-18 Eylül 2022
Elite World Sapanca Hotel
istanbulkbb2022.com

**BİLDİRİ
KİTAPÇIĐI**

Değerli Meslektaşlarımız,

14. İstanbul KBB-BBC Uzmanları Kongresi 15-18 Eylül 2022 tarihleri arasında, Elite World Sapanca Hotel’de gerçekleştirilecektir.

14.İstanbul KBB-BBC Uzmanları Kongresi’nin bilimsel açıdan güncel bilgilerin paylaşıldığı, etkin ve verimli bir kongre olmasını amaçlıyoruz. Düzenleme kurulu olarak tüm katılımcıların yararlanacağı ve keyif alacağı bir kongre süreci yaşamalarını diliyoruz. Konusunda yetkin hocalarımızın ve genç meslektaşlarımızın konuşmacı olarak yer alacakları bilimsel programda, paneller, olgu tartışmaları, interaktif oturumlar ile branşımızın önemli hastalıkları, tanı ve tedavisinde zorlukların yaşandığı durumlar, sağlık alanında teknolojik gelişmeler ile yenilikler tartışılacaktır. Sözlü ve poster bildiri sunumları ve uydu sempozyumları da toplantının bilimsel akışı içinde yer alacaktır.

Sizlerin değerli katılımları ile zenginleşeceğine inandığımız 14. İstanbul KBB-BBC Kongresi’nde sizleri aramızda görmekten büyük mutluluk ve onur duyar, kongremizde görüşmek dileğiyle sevgi ve saygılarımızı sunarız.

Prof. Dr. Aslı Şahin Yılmaz

İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Başkanı

YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Çağatay Oysu

İKİNCİ BAŞKAN

Aslı Şahin Yılmaz

GENEL SEKRETER

Çiğdem Tepe Karaca

MUHASİP

Şaban Çelebi

ÜYELER

Özgür Yiğit

Yasemin Korkut Yeğinaltay

Kürşat Yelken

Hüsamettin Yaşar

Emin Karaman

Şenol Civelek

Fadlullah Aksoy

Murat Ulsan

BİLİMSEL KONU BAŞLIKLARI

Kurslar

- Face Lifting
- VNG, VHIT, VEMP, Postürografi
- PRICK Testi
- Baş Boyun Radyolojisi
- Siyaloendoskopi
- İntratimpanik Uygulamalar
- Botoks Uygulamaları
- Dolgu Materyalleri

Rinoloji

- BOS Rinoresi
- Septal Perforasyon
- SİNÜZİT ve FESS
- Endoskopik DSR
- Alerjik Rinit Güncel

Otoloji - Nörotoloji

- Endoskopik Kulak Cerrahisi
- Effüzyonlu Otitis Media ve Östaki Balon Dilatasyonu
- Mastoidektomi
- Vertigo
- Otoskleroz - Stapes Cerrahisi İşitme Rehabilitasyonunda İmplantlar
- Kolesteatom , Serebellopontin Köşe Lezyonlarına Güncel Yaklaşım

Baş Boyu Cerrahisi ve Laringoloji

- OSAS Tedavisi
- Parotis Cerrahisinde Fasyal Sinire Yaklaşım
- Parsiyel Larenjektomiler
- Pediatrik Havayolu
- Robotik Endolarengeal Girişimler
- Tonsil ve Adenoid Cerrahisinde Teknoloji Kullanımı
- Parafarengeal Bölgeye Yaklaşım
- Tiroid Cerrahisi İntratorasik Uzanım Gösteren Tiroid Olguları

Estetik Girişimler

- Rinoplasti
- Otoplasti
- Bişektomi
- Lip Lift
- Yüze Estetik Uygulamalar, Yüz Gençleştirme

CEP PROGRAMI

15 EYLÜL 2022, PERŞEMBE	
SALON 1	SALON 2
14:00-15:30	14:00-14:45 Dolgu ve Botoks Uygulamaları Moderatör: Baki Yılmaz Tülay Habeşoğlu Senem Deveci Nagihan Bilal
OSAS Cerrahisi Moderatör: Fatma Tülin Kayhan Meltem Akpınar Arzu Karaman Koç Şenol Civelek Engin Çekin Hakan Kaya	14:45-15:30 Orta Kulak Endoskopik Anatomisi ve Cerrahisi Kadir Serkan Orhan 2 El Modeli ile SSK Kanal Anatomisi Rasim Yılmaz
15:30-16:00 Kahve Arası	
16:00-16:45	16:00-17:30
Oturum Başkanı: Kemal Değer Frontal Sinüs Cerrahisi Nedir? Nasıl Yapılır? Metin Önerci	Oturum Başkanı: Yahya Güldiken Otoloji-Nörotoloji Video Sunumlar Mehmet Çelik Beldan Polat Ozan Özdemir Alper Özdişek
16:45-17:30	
Moderatör: Mehmet Külekçi Malpraktis İbrahim Sayın Engin Çakmakçı Mazhar Çelikoyar	

CEP PROGRAMI

16 EYLÜL 2022, CUMA		
SALON 1	SALON 2	SALON 3
08:40-09:00 AÇILIŞ TÖRENİ		
RİNOLOJİ	OTOLOJİ	OTOLOJİ
09:00-10:30 Endoskopik Kafa Tabanı Cerrahisi Moderatör: Asım Kaytaç Gülperembe Bozkurt Bilge Türk Levent Aydemir	09:00-10:30 Olgularla Koklear İmplant Moderatör: Özgür Yiğit Ahmet Yıldırım Bayazıt Tayyar Kalcıoğlu Çağlar Batman Mehmet Akdağ Ahmet Ataş	09:00-10:30 Baş Boyun Kanserlerinde Rekonstrüksiyon ve Komplikasyonları Moderatör: İsmet Aslan Selahattin Tuğrul Ali Cemal Yumuşakhuyul Bora Başaran
10:30-11:00 Kahve Arası		
11:45-12:30 A'dan Z'ye Alerjik Rinit Moderatör: Salih Çanakçıoğlu Ceki Paltura Yasemin Korkut Kıvanç Günhan Çiğdem Tepe Karaca	11:00-12:30 Kronik Otit Cerrahisinde Güncel Yaklaşım Moderatör: Cem Uzun Tayyar Kalcıoğlu İbrahim Erdim Burhan Dadaş Hüsamettin Yaşar Kadir Serkan Orhan	11:00-12:30 Erken Evre Baş Boyun Tümörlerinde Boyuna Yaklaşım Moderatör: Çağatay Oysu Murat Uluşan Murat Öztürk Özlem Ünsal Harun Cansız
12:30-14:00 Öğle Yemeği		
14:00-15:30 Paranasal Sinüs Tümörleri Moderatör: Metin Önerci Suat Turgut Şenol Çomoğlu Fikret Kasapoğlu Gürkan Keskin	14:00-15:30 Fasial Paralizili Olgulara Yaklaşım Moderatör: Nazım Korkut Ahmet Yıldırım Bayazıt Beldan Polat Rasim Yılmaz Özgür Yiğit Turgut Adatepe	14:00-15:30 Olgularla Tükürük Bezi Cerrahisi Moderatör: Günter Hafız Mazhar Çelikoyar Fatih Tetik Eren Yılmaz Ayşenur Meriç Hafız
15:30-16:00 Kahve Arası		
16:00-16:45 Olfaction in the Elderly Moderatör: Kıvanç Günhan Jayant Pinto	16:00-17:30 Rinoplasti - Nasıl Yapıyorum? Moderatör: Metin Önerci Gürkan Keskin Orhan Özturan Baki Yılmaz Ender Güçlü	16:00-17:30 Olgularla Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi Moderatör: Günter Hafız Sema Zer Toros Nihal Seden Boyoğlu Mehmet Seyit Ceylan Reşit Murat Açıkalin
16:45-17:30 COVID-19 Döneminde Tat ve Koku Bozuklukları Moderatör: Kıvanç Günhan Şeyda Belli Doğan Çakan		

CEP PROGRAMI

17 EYLÜL 2022, CUMARTESİ					
SALON 1		SALON 2		SALON 3	
08:00-09:00	Sözlü Sunum Oturum Başkanı : Arzu Yasemin Korkut SB-01, SB-02, SB-03, SB-04	08:00-09:00	Sözlü Sunum Oturum Başkanı: Bilge Türk SB-05, SB-06, SB-07, SB-08		
09:00-10:30	Pediyatrik Ve Erişkin Kronik Rinosinüzitte Güncel Tedavi Moderatör: Fadlullah Aksoy Selin Ünsaler Yetkin Zeki Yılmaz Serap Şahin Önder	09:00-10:30	Pediyatrik Otooloji - Retraksiyon Ceplerinden Kronik Otite Moderatör: Mehmet Ada Mehmet Faruk Oktay Zahide Mine Yazıcı Senem Kurt Mehmet Çelik Said Sönmez	09:45-10:30	Konuşma Bozuklukları Moderatör: Kürşat Yelken Mehmet Akif Kılıç
					Larengeal Reinnervasyon Cerrahisi Moderatör: Kürşat Yelken Necati Enver
10:30-11:00 Kahve Arası					
11:00-12:30	Septoplasti (Açık ve Kapalı Teknikler) Moderatör: Erdoğan Gültekin Senem Deveci Seyhan Alkan Gediz Murat Serin	11:00-12:30	Zor Stapes Olguları Moderatör: Tayfun Kirazlı Nazım Korkut Hüsamettin Yaşar Cem Uzun Mehmet Faruk Oktay	11:00-12:30	Rinoplasti - Nasıl Yapıyorum? Moderatör: Selçuk İnanlı Şaban Çelebi Erkan Soylu Alparslan Yıldırım Ahmet Alp
12:30-13:30 Öğle Yemeği					
13:30-15:00	Endoskopik Sinüs Cerrahisi; Minimalist mi Maksimalist mi Yaklaşalım? Moderatör: Kemal Değer Suat Turgut Şenol Çomoğlu Selin Ünsaler	13:30-15:00	Olgularla Vertigo Moderatör: Sertaç Yetişer Burak Ömür Çakır Mehmet Sürmeli Ayça Yılmaz Mahmut Sinan Yılmaz	13:30-15:00	Dorsum Cerrahisi Moderatör: Orhan Özturan Öner Çelik Elad Azizli Hawa Duru İpek
15:00-15:30 Kahve Arası					
15:30-16:30	Uydu Sempozyumu Genevon Alerjik Rinit ve Astım Tedavisinde Yeni Bir Nefes Aslı Şahin Yılmaz	15:30-16:30	Fonocerrahi Moderatör: Ferhan Öz Haldun Oğuz Eylül Birkent Özlem Önerci Çelebi Volkan Sunter	15:30-16:30	Moderatör: H.Baki Yılmaz Tıp Cerrahisi Abdulhalim İş Rinoplastide Greftler Erdem Çağlar Lateral Kruzlara Yaklaşımım Devrim Bellek
16:30 - 16:40 Kahve Arası					
16:40-17:40	Moderatör: Aslı Şahin Yılmaz Fundamental Concepts of Frontal Sinus Surgery Devyani Lal	16:40-17:40	Oturum Başkanı: Kürşat Yelken Kurs: Fleksibl Endoskopik Yutma Ve Laringolojide Ofis Uygulamaları Sevtap Akbulut Elif Aksoy Hakan Birkent Necati Enver	16:40-17:40	Oturum Başkanı: Harun Cansız Pediyatrik Hava Yolu Stenozları Serap Şahin Önder Erişkin Hava Yolu Stenozları Ayşegül Batioğlu Karaaltın Trakeal Stenozlar Recep Demirhan

CEP PROGRAMI

18 EYLÜL 2022 PAZAR	
SALON 1	SALON 2
09:00-10:30 Vokal Kord Paralizileri Moderatör: Mehmet Akif Kılıç Kürşat Yelken Sevtaç Akbulut Necati Enver Hakan Birkent Abdurrahman Buğra Cengiz	09:00-10:30 Nazal Tıp Cerrahisi Moderatör: Tarık Şapçı Galip Arda Pelen Enes Yiğit Turgut Yüce Serkan Barışkan Anıl Hişmi
10:30-11:00 Kahve Arası	
11:00-12:30 Yutma Hastalıkları Moderatör: Elif Aksoy Müge Özçelik Korkmaz Necati Enver Hakan Birkent	11:00-12:30 Moderatör: Özcan Çakmak Yüz Germe Özcan Çakmak Alt ve Üst Blefaroplasti Mehtap Özkahraman Fasiyal Analiz Ethem Şahin Endoskopik Kaş Kaldırma Mehdi Şalvız Gamze Cerrahisi Süheyl Haytoğlu

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

SB-01

Revizyon cerrahisinde nazal dom, medial krus ve kolumellanın gamma formundaki monoblok kostal kıkırdak grefti ile rekonstrüksiyonu

Dr. Aret Çerçi Özkan, Dr Ahmet Mert Bilgili, Dr Erdem Güven

Amaç:

Şiddetli burun ucu deformiteleri zorlu rekonstrüksiyonlar gerektirir. Deforme ya da eksik kıkırdak çatı, septal, auriküler ve kostal kıkırdaklardan oluşturulan doğal alar kıkırdaklara benzer şekil ve kıvamda otojen kıkırdak greftleri ile değiştirilir. Bu çalışmadaki amacımız uygun vakalarda nazal tipin kostal kıkırdaktan elde edilen tek bir monoblok kıkırdak ile rekonstrükte edilebileceğini göstermektir.

Gereç ve yöntem:

Bu çalışmaya alt lateral kıkırdakların hem medial hem de lateral kruslarında ciddi iyatrojenik deformiteleri olan 4 sekonder ve 1 tersiyer rinoplasti vakası dahil edildi. Kostal kıkırdaktan uzun bir greft hazırladık ve ardından greft ucunu 5-6 mm gama (Y) şeklinde bir strut grefti oluşturmak için yarı yarıya keserek dikey olarak 2 eşit parçaya ayırdık. Bu greftin tabanını nazal spine ve medial krus kalıntısına diktik. Ardından lateral krural greftleri hazırladık ve bunları lateral krural kalıntıları üzerine sabitledik. Daha sonra Y şeklindeki strut greftin ayrı uçlu kanatlarını her iki tarafa doğru kıvrıdık ve yeni bir dom oluşturmak için lateral krural greftlere diktik.

Bulgular:

Hastaları ameliyat sonrası ortalama 14 ay takip ettik. Tip görüntüleri ve hasta memnuniyetleri tatminkardı. Nefes alam sorunları çözülmüştü.

Tartışma:

Y-şekilli strut grefti, kolay, sağlam ve güvenli tip rekonstrüksiyonu için güzel bir temel sağlar. Kostal greftten elde edilen strut greftinin ucunun 5-8 mm'lik bölünmesi ve 2 kanatçık oluşturulması, tip bölgesinde geniş dikiş ihtiyacını azaltır, daha düzgün konturlar elde eder ve greft ekonomisi sağlar. Medial krural greftlerin eklenmesiyle kolumella kalınlığı artmaz. Tip bölgesindeki kıvrılmış kanatçıklar, neredeyse orijinal ve sabit bir dom şekli sağlar. Cap veya kalkan greftleri ek projeksiyon için Y-şekilli strut greft üzerinde kullanılır.

Sonuç:

Y-şekilli kostal krural greft, medial krural ve domal monoblok rekonstrüksiyonlar için düşünülmesi gereken iyi, güvenli ve doğal bir alternatif tekniktir. Greft ekonomisi sağlar ve her türlü ciddi tip deformitelerinde çok yönlü olarak uygulanabilir.

Eslem Yıldız¹, Selçuk Yıldız¹, Çiğdem Tepe Karaca¹, Sema Zer Toros¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi Kliniği

Erişkin hastalarda nazofarengeal biyopsi sonuçlarının retrospektif analizi

Amaç: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları pratiğinde endoskopik değerlendirmenin yaygın olarak kullanılması, nazofarenks malignitelerinin erken tanı ve tedavisine olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada endoskopik nazofarenks biopsisi yapılan hastaların şikayetlerini, endoskopik muayene bulgularını, tercih edilen radyolojik görüntüleme yöntemlerini ve patoloji sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2019-2022 yılları arasında nazofarengeal biopsi yapılan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, endoskopik muayene bulguları, tercih edilen radyolojik görüntüleme yöntemleri ve biopsi sonuçları geriye dönük olarak incelendi. Hastalar patolojik tanılarına göre benign ve malign olarak gruplandırıldı. Parametreler açısından benign ve malign gruplar arasında istatistiksel değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Verilerine eksiksiz ulaşılan 126 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 43.8 ± 15 (aralık, 19-74 yıl) idi. Hastaların %44.4 (n = 56)'ü kadın, %55.6 (n = 70)'sı erkekti. En sık başvuru şikayeti burun tıkanıklığı (%59.5, n = 75) idi. En sık istenen radyolojik görüntüleme modalitesi manyetik rezonans görüntüleme (%74.6, n = 94) idi. En sık bildirilen benign patoloji reaktif lenfoid hiperplazi (%89.7, n = 113) idi. Hastaların %10.3 (n = 13)'ünün patoloji sonuçları malign olarak raporlandı. En sık görülen malignite, nonkeratinize tip nazofarengeal karsinom(%7.1, n = 9) idi.

Tartışma ve Sonuç: Endoskopik muayene sırasında saptanan kitlelerin görüntüsü malignite şüphesi için çok önemlidir. Aynı zamanda başvuru şikayetleri ve radyolojik modalitelerden elde edilen veriler de biopsi kararı vermek için önem arz etmektedir. Nazofarengeal malignite ön tanısıyla değerlendirilen hastalarda başvuru şikayeti, endoskopik muayene özellikleri ve radyolojik bulgular hasta yönetimi ve karar vermede önemli fayda sağlayacaktır. Böylece uygun hasta yönetimi ile nazofarenks malignitelerinin erken teşhisi ve tedavisi sağlanmış olacaktır.

Anahtar kelimeler: Nazofarenks, nazofarengeal karsinom, nazofarengeal biopsi

LARENKS KANSER HASTALARINDA SUBGLOTTİK UZANIM BOYUTU İLE TİROİD KARTILAJ VE TİROİD GLAND İNVAZYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Buket Canda, Mehmet Ece, Feyza Tarakçı, Suat Turgut

SBÜ Şişli Hamidiye ETFAL Suam Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği

Amaç:

Tiroidektomi, yapılan birçok araştırmaya göre ileri evre larenks kanseri hastalarında larenjektomi operasyonu sırasında önerilen bir işlemdir. [1,3] Tiroid kıkırdak iç perikondriyumu erken dönemde kanser yayılımına karşı etkili bir bariyer fonksiyonu görmektedir. Bir santimetreden daha fazla subglottik uzanımı olan tümörlerde laringeal iskeletin tutulduğu birçok araştırmada kanıtlanmıştır. [2] Bu sebeple bu vakalarda total larenjektomi operasyonuna ek olarak lobektomi ve/veya tiroidektomi işlemi de dahil edilmektedir. [4] Araştırmamızda kliniğimizde larenks kanseri nedeniyle total larenjektomi operasyonu uyguladığımız hastalardan subglottik uzanımı olan hastaları tiroid kartilajda ve/veya tiroid glandda invazyon varlığı açısından değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

Gereç ve Yöntem:

2014-2022 yılları arasında hospitalize edilerek tedavi edilen larenks kanseri tanılı hastalar retrospektif olarak kliniğimizin elektronik arşivinden derlenerek değerlendirildi. Kliniğimizde 93 hasta arasından 81 hastaya total larenjektomi operasyonu uygulanmıştır. Total larenjektomi operasyonu uygulanan hastalar arasından subglottik uzanımı olan 37 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastalar tiroid kartilaj invazyonu, subglottik tümör uzanımı ve tiroid gland invazyonu açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmamıza total larenjektomi operasyonu uygulanan ve subglottik uzanımı olan 37 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 35 tanesi erkek, 2 tanesi kadın hastadır. Hastaların yaş ortalaması $62,54 \pm 9,03$; subglottik tümör uzanımı ise ortalama $1,41 \pm 0,71$ cm olarak hesaplandı. Bu gruptan operasyon sırasında lobektomi ve/veya tiroidektomi operasyonu uygulanan 19 (%51,4) hasta mevcuttur. 18 (% 48,6) hastada ise subglottik uzanım 1 cm altında olduğundan operasyona lobektomi ve/veya tiroidektomi işlemi dahil edilmemiştir.

Total tiroidektomi operasyonu uygulanan 11 hastanın 8'inde, lobektomi operasyonu uygulanan 5 hastanın 3'ünde tiroid kartilaj invazyonu mevcuttur. Lobektomi ve/veya tiroidektomi operasyonu uygulanmayan 19 hastanın ise 10'unda tiroid kartilaj invazyonu saptanmıştır. Toplamda subglottik uzanımı olan 37 hastanın 21'inde (%56,7) tiroid kartilaj invazyonu saptanmış olup, 16'sında (%43,2) ise tiroid kartilaj invazyonu saptanmamıştır. Tiroid kartilaj invazyonu saptanan 21 hastanın 10'unda (%27) iç korteks tutulumu, 11'inde (%29,7) dış korteks tutulumu mevcuttur. Tiroid kartilaj invazyonu saptanmayan 16 hastada

ortalama $1,3 \pm 0,73$ cm subglottik uzanım mevcuttur. İç korteks tutulumu mevcut olan hastalarda $1,35 \pm 0,83$ cm subglottik uzanım, dış korteks tutulumu mevcut olan hastalarda ise $1,64 \pm 0,57$ cm subglottik uzanım mevcuttur. ($p=0,52$)

Lobektomi ve/veya tiroidektomi uygulanmayan hastalarda subglottik tümöral uzanım ortalama $1,11 \pm 0,66$ cm olarak bulunmuştur. Lobektomi ve/veya tiroidektomi uygulanan hastalarda ise subglottik tümöral uzanım ortalama $1,7 \pm 0,65$ cm olarak bulunmuştur. ($p=0,01$)

Tiroidektomi operasyonu uygulanan ve tiroid kartilaj invazyonu mevcut olan 1 hastamızda tiroid glandda tümör invazyonu saptanmıştır. ($p=0,1$) Tiroidektomi materyalinde tiroid lobunda invazyon görülen vakamızda 2.5 cm subglottik uzanım mevcuttur.

Buna ek olarak insidental olarak tiroid lobektomi operasyonu uygulanan ve tiroid kartilaj invazyonu izlenmeyen bir hastamızda patoloji Papiller Mikrokarsinom, Onkositik tip; diğer bir hastamızda ise Foliküler Adenom, Onkositik tip olarak raporlanmıştır. Lobektomi operasyonu uygulanan ve tam kat tiroid kartilaj invazyonu izlenen hastamızda ise patoloji materyali Papiller Mikrokarsinom olarak raporlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızda kartilaj invazyonu mevcut olan hastalarda subglottik uzanımın daha fazla olduğu görüldü. Kartilaj invazyon derinliğinin fazla olduğu vakalarda subglottik tümöral uzanımın daha fazla olduğu görülsede istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşıldı. Subglottik uzanım boyutu ile tiroid gland invazyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmedi. Elimizdeki verilere bakıldığında subglottik tümöral uzanımın fazla olduğu vakalarda kartilaj tutulum derinliğinin fazla olduğu ve bu sebeple tiroidektomi açısından değerlendirilmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynakça:

[1] El-Sebai Ali, May; Atef Ebada, Hisham; El-Shaheed, Mahmoud Abd; Musaad Abd El Fattah, Ahmed; Kamal, EL Sharawy. Published January 31, 2022. Volume 74. Article 103309-103309.

[2] Kirchner JA, Cornog JL, Holmes RE. Transglottic cancer. Arch Otolaryngol 1974; 99; 247-51.

[3] N.C.C. Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Head and Neck Cancers Version 2, 2017.

[4] J.K. McGuire, G. Viljoen, J. Rocke, S. Fitzpatrick, S. Dalvie, J.J. Fagan, Does thyroid gland preserving total laryngectomy affect oncological control in laryngeal carcinoma? Laryngoscope (2019) 1–5. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lary.28235>.

SPAZMODİK DİSFONİ TANILI HASTALARIMIZIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Orhan Asya, Ömer Tarık Kavak, Necati Enver

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB ve Baş boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ:

Spasmodik Disfoni(SD), fonasyon sırasında intrinsik laringeal kasların hiperaktivitesinden kaynaklanan, aralıklı ve istemsiz spazmlar ile karakterize, göreve özgü ses akıcılık bozukluğu ile sonuçlanan fokal laringeal bir distonidir. Spasmodik disfoni, fonatuar organlarda organik bozukluk veya paralizi olmadan meydana gelen nadir bir fonksiyonel disfoni şeklidir. Bu çalışmada spasmodik disfoni tanısıyla takip ettiğimiz hastaların demografik ve klinik özelliklerini incelemeyi ve hastalara uygulanan botulinum toksin enjeksiyonlarının sıklığını ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Çalışmamız, Ocak 2017 ile temmuz 2022 yılları arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde spasmodik disfoni tanısı ile takibe alınan hastalardan oluşmaktadır. Bu çalışmada spasmodik disfoni nedeniyle takip edilen hastaların sosyodemografik özellikleri ile semptom başlangıcı ile ilk tanı alınana kadar geçen sürenin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

BULGULAR:

Spazmodik disfoni tanısı alan 24 hastanın 13'ü (%54.2) erkek, 11'i (%45.8) kadındır. Hastaların tanı anındaki yaş ortalaması 38.6 (min 23, max 65) yıldır. Hastaların henüz tanı almadan ilk semptomlarının başlangıç yaşı ortalama 34.3 (min 16 yıl, max 53 yıl) yıldır. Hastalarımızda semptomların başladığı ilk tarihten itibaren spasmodik disfoni tanısı konulana kadar geçen süre ortalama 50.5 aydır (min 2 ay, max 240 ay); bu süre erkeklerde ortalama 27 ay iken (min 4 ay, max 84 ay), kadınlarda ortalama 78.5 aydır (min 2 ay, max 240 ay). Hastalarımızın hiç birisinde ailede spasmodik disfoni öyküsü yoktur. Hastaların % 25'i semptom başlamadan hemen önce hayatlarını etkileyecek majör bir stres veya travma yaşadıklarını belirtti. Hastaların sadece iki tanesinde nöropsikiyatrik bozukluk mevcuttu. Hastaların % 29.2'si (7/24) alkol kullanmakta ve alkol kullanan hastaların hepsi alkol tükettikten sonra şikayetlerinin gerilediğini belirtti. Hastaların %66.6 'sı stres anında veya sinirlendiğinde semptomlarda kötüleşme olduğunu belirtti. Hastalarımızın hepsi en az bir defa botulinum toksin enjeksiyonu yaptırmıştır, ortalama hasta başına enjeksiyon sayısı 2.7'dir (min 1 defa, max 20 defa).

SONUÇ:

Spasmodik disfoni nedeniyle takip ettiğimiz hastalarımızda erkek kadın oranı birbirine yakındır. İlk semptomdan sonra tanı konulana kadar geçen süre erkeklerde kadınlara oranla belirgin olarak düşüktür. Majör stres veya travmatik olay hastalarımızda semptomları başlatan majör faktör olarak ön plana çıkmaktadır. Çalışmamız Türk toplumunda spasmodik disfoniyle ilgili yapılan ilk çalışma niteliği taşımaktadır.

Fasiyal Elektronörografinin Farklı Yüz Kaslarından Kaydedilen Normal Değerleri

Turgut Adatepe¹, Ozan Özdemir², Enes Yiğit²

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi EMG Laboratuvarı

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

ÖZET

Amaç: Fasiyal sinir elektronörografi (ENoG) incelemesi hem lezyonun lokaliasyonu hem de prognozun erken dönemde belirlenebilmesi açısından kullanılan değerli bir yöntemdir.

Bu çalışmada farklı yüz kaslarından fasiyal sinir bileşik kas aksiyon potansiyelleri kaydedilmiştir. Taraflar arasında ve tekrarlanan testlerde en yüksek amplitüdü yanıtın, en düşük değişkenlikle kayıtlaması sağlanarak, hangi kasların en doğru ve güvenilir sonucu verebileceği araştırılmıştır.

Yöntemler: Çalışmamız, yaşları 21-62 arasında değişen 15'i erkek, 15'i kadın toplam 30 sağlıklı gönüllü üzerinde yapıldı. Her gönüllüde fasiyal sinir iki yanlı olarak stilomastoid foramen çıkışında kulak ardından uyarıldı. Temporal dallar için frontalis, zigomatik dallar için orbikularis okuli, bukkal dallar için nasalis ve orbikularis oris, marginal mandibuler dal için mentalis, servikal dal için platisma ve posterior auriküler dal için oksipitalis kaslarından iki yanlı kayıtlama yapıldı. İki gün içinde bu testler aynı şekilde tekrarlandı. Elde edilen yanıtların latans, amplitüd, süre, alan gibi özellikleri ve tekrarlanan testlerdeki değişkenlikleri tespit edildi. Çalışmamız İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulunun 17.06.2022 tarih ve 198 no'lu onayı ile yapılmıştır.

Bulgular: Nasalis ve oksipitalis kaslarından kayıtlamada yanıtlar, ideal olan bifazik özellikte ve amplitüdüleri 3 mV'un üzerinde idi. Tekrarlanan testlerde bu kaslardan elde edilen yanıtlardaki değişkenlik %2 (± 1.2) idi. Frontalis, orbikularis okuli, orbikularis oris, mentalis ve platisma kaslarından elde edilen yanıtlarda tekrarlanan testlerde değişkenliğin %30'lara kadar yükseldiği gözlemlendi. Özellikle platisma kasından elde edilen yanıtlar hem form hem amplitüd olarak büyük değişkenlik gösteriyordu. Bu değişkenlik hem aynı gün yapılan incelemede hem de iki gün sonra yapılan kontrollerde ortaya çıkıyordu.

Sonuç: Fasiyal ENoG incelemesi yapılırken sinirin her bir dalı için farklı kasların seçilmesi gereklidir. Bu nedenle seçilen kasların gönüllülerdeki normal değerleri ve özellikleri bu çalışma sonunda bildirilmiştir. Oksipitalis kası ayrıca lezyonun lokalizasyonunu belirlemede

ayrı bir değere sahiptir. Periferik fasiyal paralizilerde prognoz tayini amacıyla yapılan ENoG incelemelerinde nasalis ve oksipitalis kaslarının en doğru ve güvenilir sonucu vereceği, bu amaç için frontalis, orbikularis okuli, orbikularis oris, mentalis ve platisma kaslarının uygun olmadığı kanaatine varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Fasiyal ENoG, Nasalis, Oksipitalis

KBB KONGRESİ

Şoförlerde Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu Sonuçlarımız

Op.Dr.Süleyman Erdoğan

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tıkayıcı uyku apne sendromlu (OSAS) hastaların ,şoför prevalansı ile obezite,hipertansiyon ve diabetes mellitus hastalıklarının varlığını araştırmak.

Yöntemler: Ocak 2017 ile Kasım 2021 tarihleri arasında hastanemize horlama yakınması ile baş vuran hastalara yapılmış olan polisomnografi sonuçları ile,hastalarda Vücut Kitle İndeksi (BMI), Apne Hipopne İndeksi (AHI) ,Hipertansiyon,Diabetes Mellitus hastalığı ve şoför olanlar tesbit edildi.

Bulgular: 1261 OSAS lı hastanın 794 (% 63) ünün ehliyet vardı. Ehliyeti B sınıfı olan 557 (%44); E sınıfı olan 143 (%11); D sınıfı olan 55(%4) hasta tespit edildi. Şoförlerin 683 (% 86) sı erkek hastadır.Ayrıca 350 hastada (% 27.7) Hipertansiyon; 197 hastada (%15.6) diabetes mellitus hastalığı tespit edildi.Çalışma grubununun 785 i (%62.3) erkek; 476 (%37.7) si kadındır.Yaş ortalaması 50.69 ;Ağırlık ortalaması 92.16 Kg; Boy uzunluğu ortalaması 168.56 cm dir.Bu ölçüler ile hesaplanan BMI ortalaması 32.49 kg/m² olup, çoğunluğu 1026 (%81.4) ü overweight ; 131 (%10.4) ü Obes; 96 (%7.6) sı normal ; 8 (%0.6) zayıf kiloludur. Hastaların AHI ortalaması 32.25 olup, 80 (% 6.4) ü simple snoring; 321 (%25.4) ü mild OSAS; 312(%24.7) si middle OSAS; 548(%43.5) i severe OSAS dır.

Tartışma:

OSAS, aralıklı hipoksiye, uykunun bozulmasına ve sempatik aktivasyona neden olan tekrarlayan faringeal kollapsa yol açar.Genel popülasyonda ,kadınlarda %23 ve erkeklerde yaklaşık %50 oranında görülür (8). Obezite kadınlarda daha sık görülürken, erkeklerde OSAS daha sık görülür (9).

İleri yaş,erkek cinsiyet, BMI'nın yüksek olması , alkol ve sigara kullanımı, OSAS için risk faktörleridir (10)

Unlu ve ark. Yaptığı çalışmada obezite arttıkça OSAS ın şiddetinin de arttığını bildirmişlerdir (11)

Sırtüstü yatan hastalarda,yan yatanlara göre iki kat daha fazla görülür (14).Alkol,tranquilizan ve sedatif ilaç kullanan hastalarda solunum yolu kaslarının gevşemesi nedeniyle daha çok risk artar.Sigara kullanımı ile birlikte,üst solunum yollarındaki irritasyon ve enflamasyon artışı ile doğru orantılı olarak OSAS riski artar (15)

Hipertansif hastalarda özellikle obez olanlarda ve hipertansif tedaviye dirençli hastalarda kardiyovasküler riski azaltmak için hastalara uyku apnesi taraması yapılarak tanı konmasına ve tedavi edilmesine ihtiyaç vardır (18).

Sweed ve ark,(20) yaptıkları çalışmada 244 hastada elde ettikleri bulgulara göre,Ortalama AHI= 43.6 ;Ortalama yaş= 56.9 ;Hafif ve orta OSAS lı hastalar % 38 oranında iken,şiddetli ve obez OSAS lı hastaları %62 oranında bulmuşlardır.Hastaların %91 inde ilave başka hastalıkları da tespit edilmiş.En yaygın komorbite hastalıklar,obezite,hipertansiyon ve diabetes mellitusdur.

Normal kişilerde sistemik kan basıncı uyku esnasında % 20-23 oranında azalır ve uyanma ile birlikte normal günlük olan seviyesine dönmesine rağmen, OSAS'ı olan hastalarda gün boyunca ve uyku esnasında vücut arteriyan basıncında artış olduğu saptanmıştır.(22)

Yıldırım ve Tekesin, 385 hastada yaptıkları çalışmada, 100 (%26) hasta basit horlama, 285'i (%74) OUAS hastası olarak bulunmuş. Bu hastaların103 ünde (%26,7) hafif derecede, 84ünde (%21,8) orta derecede ve 98'inde (%25,4) ağır derecede OSAS tesbit etmişler. OSAS derece grupları ile, DM ve HT varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış (23).

Trafik kazalarının nedenlerine bakıldığında %70'inin uykusuz araç kullanmaya bağlı olduğu bildirilmiştir (28).

Sonuç: OSASlı hastaların çoğunluğunun B sınıfı ehliyeti olan aşırı kilolu ve obez, erkek cinsiyetli şoförlerden oluştuğu tespit edilmiştir.Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus hastalığı daha az sıklıkta rastlanmıştır.

SÖZLÜ BİLDİRİ TAM METİNLER

KRONİK OTİTİS MEDIA'LI OLGULARDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİNİN TANISAL DEĞERİ

Süreyya Şeneldir, İrfan Rauf Aksoy, Burhan Dadaş, Turgay Han, Mahmut
Remzi Savaş

AMAÇ

Kronik otitis media (KOM) orta kulakta tekrarlayan ya da sürekli akıntı ile karakterize, timpanik membranda perforasyonun eşlik ettiği bir hastalıktır. KOM ilerleyici gelişim göstererek, kemik yapıları yıkıcı değişiklikler yapar ve iletim tipi işitme kaybına neden olur. KOM'a kolesteatoma eşlik edebilir ve tanısı genellikle otolojik muayene ile konulabilir. Ancak günümüzde, özellikle kolesteatomanın varlığını, genişliğini ve komplikasyonlarını belirlemede bilgisayarlı tomografi (BT)'nin rolü önemlidir. Önceleri düz grafler, selektif karotis ve vertabral anjiyografi baslıca görüntüleme yöntemleri iken bunların yerini son zamanlarda BT ve M.R. (difüzyon) almıştır.(1,2)

Bu çalışmamızda KOM'lı hastalarda, peroperatif bulgular ile preoperatif BT bulgularını karşılaştırarak BT'nin cerrahi düşünülen hastalardaki değerini araştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM

21 Kronik otitli hastanın preoperatif temporal kemik BT'leri ayrıntılı bir biçimde değerlendirildi ve cerrahi eksplorasyon bulguları ile BT bulguları karşılaştırıldı.

Olgular Nisan 1995 ile Haziran 1996 arasındaki Haseki Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniğine başvuran hastalardan seçilmiş bir grup idi.

Olguların tümünde aralıklı kulak akıntısı vardı. Bir vakada timpanik membran sağlam iken diğer olguların hepsinde timpanik membran perforasyonu mevcuttu.

Olguların en küçüğü 14 yaşında en büyüğü 45 yaşında idi.

BT ile tüm olgular hem aksial hem koronal planda incelendi ve 1.5 mm aralıklı kesitler kullanıldı. Tablo 1'de anatomik bölgelerin en iyi görüldüğü pozisyonlar görünmektedir.

Ameliyat esnasında yumuşak doku kitlelerinin lokalizasyonu ve tabiati, kemikciklerin durumu, kemik erozyonu olup olmadığı incelendi, kaydedildi ve BT bulguları ile karşılaştırılıp BT'nin doğruluk oranı tesbit edildi.

Tablo-1

ANATOMİK PLANA UYGUN PROJEKSİYONLAR

	Koronal	Aksial
Prussak alanı	+	
Skutum	+	
Tegmen	+	
Fasiyal reses		+
Sinüs timpanı		+
Lateral semisirküler kanal		+
Malleus başı	+	
İnkus başı	+	
İnkus uzun kolu		+
Stapes		+

Fasiyal sinir labirentin segment	+	
Fasiyal sinir horizontal segment	+	
Fasiyal sinir vertikal segment		+

BULGULAR

21 vakalik serimizde preoperatif BT ile operasyon bulgularını ana başlıklar halinde su şekilde kıyaslayabiliriz:

1- Mastoid kavite;

a-Pnomatizasyon azalması; 21 vakanın hepsinde BT ile havalanmada azalma tesbit edildi, ameliyat esnasında da tüm olgularda aynı bulgulara rastlandı (% 100).

b- Antrum ve havalı hücrelerde yumuşak doku varlığı; 21 vakanın 17'sinde bu bölgede yumuşak doku kitlesi tesbit edildi (%80). Bu bulgu da cerrahi anındaki bulgular ile tam uyumlu idi.

2-Yumusak doku kitlesi;

a-Yumusak doku kitlesi ve kemikte erozyon; 21 olgunun 7'sinde orta kulak antrum ve mastoidte yumuşak doku kitlesiyle beraber kemik destrüksiyonu vardı (% 30). Bu 7 vakanın 5'inde cerrahi anında kolesteatoma rastlandı (%71). Diğer 2 olgu sadece yumuşak doku kitlesi olarak değerlendirildi.

b-Yumusak doku kitlesi ve kemik erozyonu yok; 21 vakanın 11'inde kemik erozyonu olmaksızın yumuşak dokuya rastlandı (%52). Bu 11 olgunun sadece 3'ünde kolesteatom varken, 7' sinde bening inflamatuvar değişiklikler vardı.

c- 3 vakada BT'de bariz anormal doku birikimine rastlanmadı. Bu vakalarda peroperatif kolesteatoma da rastlanmadı . Tablo 2

Tablo 2 BT ve operasyon bulgusu

BT BULGUSU	OPERASYON BULGUSU		TOPLAM
	Kolesteatom	Nonkolesteatom	
Yumusak doku kitlesi+Kemikte erozyon	5	2	7
Yumuşak doku kitlesi,kemikte erozyon yok	3	8	11
Patolojik yumuşak doku yok	-	3	3
TOPLAM	8(%38)	13(%62)	21

3-Tegmen Erozyonu; 21 vakadan 2'sinde BT ile tegmen erozyonu saptandı. Bu operasyon bulguları ile tam uyumlu idi.(%9)

4- Kemikcik erozyonu;

a-İnkus erozyonu; 21 olgunun 21'sinde BT'de inkus erode idi. Erozyon olgularının tümünde cerrahi bulgularla uyum gösterdi. (%100)

b-Malleus erozyonu; 12 hastada BT'de erozyon rapor edilirken, operasyon bulgusu olarak 10 hastada erozyon bulgusu saptandı, 2 hasta normal olarak değerlendirildi.

c-Stapes; BT ile stapes tam değerlendirilemediğinden çalışma dışı tutuldu.

d-Tüm kemikciklerde birlikte destrüksiyon 2 vakada rastlandı, BT ile operasyon bulguları uyum içindeydi.

5- Fasiyal kanalın bütünlüğü; 19 vakada gerek BT'de, gerek cerrahide kanal bütünlüğü korunuyordu. BT'de 2 vakada erozyon tesbit edildi, 1 vakada cerrahi bulgu olarak doğrulandı

TARTISMA

KOM'nın cerrahi tedavisi, BT'nin keşfinden önce düz grafler faydalanılarak düzenleniyordu. BT'nin kullanımının yaygınlaşması temporal kemik hastalıklarının teshis ve değerlendirilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır.

Konjenital kolesteatomalar genellikle intakt timpanik membran arkasında gelişebileceği gibi, konjenital kulak anamolisi ile beraber atrezik dış kulak yolunun medialinde gelişmiş olabilir. Bu gibi durumlarda BT tanıda ve hastalığın yayılımı hakkında operasyon öncesinde oldukça yardımcıdır (3).

BT'nin avantajları aşağıda sıralanmıştır

- 1-Temporal kemiğin aksiyal kesitleri histolojik bölümleri ile mükemmel bir uyum gösterir.
- 2- Antrum, aditus, semisirküler kanal erozyonu diğer görüntüleme yöntemlerine göre daha doğru bir şekilde tesbit edilebilir.
- 3- Sinüs timpani bölgesi ve fasiyal reses BT ile kolaylıkla görülebilir.
- 4- Epitimpanik resesdeki inkus gövdesi ve malleus başı arasındaki ilişki kolaylıkla gözlenebilir.
- 5- Radyasyon dozu diğer yöntemlere göre az olabilmektedir.

Normal temporal kemik BT'sinde 4 projeksiyon kullanılır;

a-aksiyal b-Koronal, c-Sagittal, d-20koronal oblik,

Biz çalışmamızda aksiyal ve koronal projeksiyonları kullandık. Bu iki projeksiyon kolay uygulanılabilir ve anatomi hakkında yeterli bilgi verir.

Daha önceki yapılan çalışmalarda KOM'da preoperatif BT ile, lezyonun detaylarının tam olarak değerlendirilemeyeceğini, ancak operasyon sırasında kesinlik kazanacağını savunan görüşler var idi (4, 5) Artık günümüzde

preoperatif dönemde lezyonun lokalizasyonunu, anatomik varyasyonları tespit edip, cerrahi müdahalenin buna göre planlanabilmesi için preoperatif BTnin mutlaka gerekliliği savunulmaktadır (6)

Biz de K.O.M. ön tanisiyla incelediğimiz 21 olgunun preoperatif BT değerlendirmesinde tesbit ettiğimiz hipoaerasyonu operasyonda da % 100 doğruluk oranı ile teyid ettik.

Olgularımızın % 90'ında tesbit ettiğimiz patolojik yumuşak dokuları operasyon sırasında da tesbit ettik. Yalnız bu patolojik dokuların granülasyon dokusu mu, kolesteatom mu olduğu hakkında kesin karar verebilmek için ilave bilgilere gerek olduğunu gördük ki en önemli ilave bulgu kemik erozyonu idi. Kemik erozyonu olmadan sadece patolojik yumuşak doku tesbit ettiğimiz vakalarda kolesteatom tanısında 3 vakada yanılığımız oldu.

Jackler ve arkadaşları,42 olgulu benzer bir çalışmada, 14 kolesteatomalı vakanın 11'ini (% 78,5) BT ile teşhis etmişlerdir. Granülasyon dokusu olarak tanımladıkları 14 hastanın 7'sinde (% 50) operasyonda granülasyon dokusunu teyid edebilmişlerdir (5).

Attik kolesteatomlarında BT ile operasyon öncesi tesbit edilen patolojilerden bir tanesi de tegmen timpani erozyonudur. Fakat özellikle epitimpanum üstündeki tegmen erozyonlarında, tegmenin ince duvar yapısının çevre yumuşak dokular ile aynı yoğunlukta olması nedeniyle, BT'de parsiyel volüm etkisi oluşturabilir ve hatalı değerlendirmelere yol açabilir. Ancak bizim 21 olguda operasyon öncesi tesbit ettiğimiz tegmen erozyonu gösteren 2 olgu operasyon bulguları ile tam uyumlu idi.

Olgularımızın 20'sinde inkus erozyonu, 10'unda malleus erozyonu saptadık. İnkus erozyonu BT ile tam uyumlu idi ancak BT ile malleus erozyonu düşünülen 12 olgunun 10'unda erozyon tesbit edildi. Malleus, inkus uzun kolu ve parsiyel suprastrüktürü KOM'da en fazla risk altında bulunan oluşumlardır. Malleus ve inkusu aksiyal plandaki incelemelerde göstermek kolaydır.

Mafee ve arkadaşları, kolesteatomlu 48 olguluk çalışmasında operasyonla uyumlu olarak 45 vakada inkus erozyonunu, 24 olguda malleus erozyonunu preoperatif BT ile tespit etmişlerdir. Preoperatif BT değerlendirme ile operasyon bulgularinin karşılaştırmalarında, kemikcik zincir erozyonunu % 89 doğruluk oranı ile saptamışlardır (7).

Semisirküler kanallardan kronik otitte en sık lateral semisirküler kanal (LSSK) etkilenir. 20 olgumuzdan BT ile 4 olguda LSSK erozyonu tespit edilmisken operasyonla 2 olguda teyid edilebildi. 2 vakadaki yanlış BT'nin parsiyel volum etkisi nedeniyle olduğu düşünüldü. Bu yanlış durumu engellemek için diğer kulakla karşılaştırma yapılmalı ve yumuşak doku penceresinde inceleme yapılarak patolojik yumuşak dokuların dura altına yayılımı araştırılmalıdır. Buna ilaveten LSSK bütünlüğü ile değerlendirmeler aksiyal ve koronal düzlemin birlikte çalışılmasıyla yapılmalıdır.

Olgularımızın 2 tanesinde BT ile fasiyal kanalda erozyon tespit edilmisken operasyon operatif olarak 1 olarak doğrulandı. Operasyondan önce fasiyal kanalın bütünlüğünün tesbit edilmesi patolojik yumuşak doku ile çevrili olup olmadığının bilinmesi ve fasiyal kanalda erozyon varlığının tesbiti operasyonda karşılaşılabilecek fasiyal komplikasyonlar yönünden oldukça önemlidir.

Mafee ve arkadaşları, 48 vakalık benzer bir çalışmada preoperatif BT ile fasiyal kanal seyrini % 85 doğruluk oranı ile göstermişlerdir. Operasyonda karşılaştıkları 6 fasiyal kanal açıklığının hiç birini preoperatif BT ile tespit edememişlerdir (7).

Günümüzde BT'ye ek olarak KOM ve kolesteatom ayırımı için difüzyon MR inceleme de kullanılmaktadır (2)

SONUC

Kronik otit cerrahisi başlıca hastalığın eradikasyonu ve ikincil olarak isitmenin korunması ve düzeltilmesi için kullanılır. Gereği gibi çekilen ve yorumlanan BT cerrahi girişim öncesinde ve seçilecek cerrahi prosedürlerde değerli bilgiler verir. BT prosedürün büyüklüğü ve karşılaşılabilecek muhtemel komplikasyonlar hakkında fikir verir.

KAYNAKLAR

1. Akyıldız, N.:Embriyoloji,Kulak Hastalıkları ve Mikroşirürjisi, Cilt I,Ongun Kardeşler Matbaacılık Sanayi,Ankara,1972,52-65.
2. De Foer B, Vercuyse JP, Bernaerts A, et al. The value of single-shot turbo spin-echo diffusion-weighted MR imaging in the detection of middle ear cholesteatoma. *Neuroradiology* 2007;49:841–8.
- 3.Swartz,J.D.,Berger,A.S.,Zwillenberg,S.,Popky,G.L.: Ossicular Erosions in the Dry Ear:CT Diagnosis.*radiology*,163:763-765,1987.
4. Chakeres DW, Hakeres D.W., Spiegel P.K,HAKERES DW. SPIEGEL PK : A sistematicc technique for comprehensive evaluatlon of te temporal bone by coraputed tomography. *Radiology* 146 : 97 . 160, 1983
5. Jackler Kr., Dillon WP., Schindler RA: Computed tomography in suppurative ear disease : A correlation of surgical and radiographic findings. *Laryngoscope* 94 : 746-752, 1984
6. Husain M, Khanduri S, Faiz SM, Abbas SZ, Yadav P, Khan AU, Singh A, Khan M.J Role of HRCT Temporal Bone in Pre-operative Assessment of Tegmen Height in Chronic Otitis Media Patients.

Clin Imaging Sci. 2020 11 10;10:79.

7.Mafee,M.F.,Kumar,A.,Yannias,D.A.,Valvassori,G.E.,Applebaum,E.L.:
Computed Tomography of the Middle Ear in the Evaluation of Cholesteatomas
and Other Soft-Tissue Masses:Comparison with Pluridirectional Tomography
Radiology,148:465-472,1983.

Hastalarda, otomikroskopik muayene ile değerlendirilemeyen patolojilerin belirlenmesinde görüntüleme metodları önemli bir rol oynar. İşitme kaybının dzeltilmesi ve komplikasyonların nlenmesinde preoperatif dönemde temporal kemiğin önemlidir. Bu anlamda, özellikle BT temporal kemik anatomisini ve konjenital malformasyonlarını göstermede önemli bulgular verir.

Erişkinlerde İdiyopatik Kronik Efüzyonlu Otitis Media Hastalığında Hematolojik Enflamatuvar Belirteçlerin İncelenmesi

Sabuhi Jafarov¹

Başkent Üniversitesi, Kulak Burun Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Son yıllarda birçok hastalığın takibinde kullanılan hematolojik enflamatuvar belirteçlerin efüzyonlu otitis media (EOM) hastalığında etkilenip etkilenmediği bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, EOM'li erişkin hastalarda nötrofil-lenfosit oranı (NLO), eozinofil-lenfosit oranı (ELO) ve ve bazofil-lenfosit oranı (BLO) gibi hematolojik enflamatuvar belirteçleri araştırmak ve klinik önemini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada kronik efüzyonlu otitis media tanısı alıp ventilasyon tüpü takılan hastalar retrospektif olarak tarandı ve 18- 65 yaş aralığında tek taraflı veya çift taraflı kronik efüzyonlu otitis media tanısı alan başka bir sağlık sorunu olmayan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamı efüzyonlu otit tablosu en az 3 ay devam eden hastalardı. On sekiz yaş altı ve 65 yaş üstü hastalar, her hangi bir akut ve kronik enflamatuvar, non-enflamatuvar ve hematolojik hastalığı bulunanlar, son 1 ay içinde herhangi bir ilaç kullanmış olan hastalar, son 1 ay içinde kronik seröz otit veya başka nedenlerle topikal veya sistemik steroid kullanan hastalar, siliyer

diskinezi, yarık damak ve nazofarenks tümörü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubunu ise 18- 65 yaşlarında tamamen sağlıklı ve ilaç kullanmayan hastalar oluşturdu. Hematolojik, demografik ve odyolojik veriler hasta dosyaları ve hastane bilgi yönetim sisteminden temin edildi.

Bulgular: Efüzyonlu otitis media tanısı alıp VT tatbiki uygulanan toplam 81 erişkin hasta HBYS'de tarandı. Elli altı hasta dışlandıktan sonra çalışmaya dahil edilen 25 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Kontrol grubunu ise 25 sağlıklı erişkin birey oluşturdu. Çalışma grubunda hastaların cinsiyet dağılımı; 17 (%68) erkek, 8 (%32) kadın, kontrol grubunda 13 (%52) erkek, 12 kadın (%48) şeklindeydi. Ortalama yaş çalışma grubunda 42.0 ($\pm 12,47$) yıl, kontrol grubunda ise 40.76 ($\pm 14,80$) yılı. Cinsiyet ve yaş açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmedi. Çalışma ve kontrol grubunda hastaların ortalama NLO değerleri ardışık olarak 2,14 $\pm 1,08$ ve 1,52 $\pm 0,42$, ortalama ELO değerleri 0.077 $\pm 0,041$ ve 0.062 $\pm 0,040$, ortalama BLO değerleri ise 0.041 $\pm 0,024$ ve 0.030 $\pm 0,012$ olarak bulundu (sırasıyla, p=0.004, p=0.188 ve p=0.152). Nüks eden ve etmeyen hasta grubunda ortalama NLO değerleri ardışık olarak 2.00 $\pm 0,65$ ve 2.22 $\pm 1,24$, ortalama ELO değerleri 0.062 $\pm 0,043$ ve 0.084 $\pm 0,039$, ortalama BLO değerleri ise 0.031 $\pm 0,009$ ve 0.045 $\pm 0,028$ olarak bulundu (sırasıyla, p=0.137, p=0.950 ve p=0.175).

Tartışma

Bir çok orta kulak hastalığında olduğu gibi EOM hastalığında da östaki tüpü disfonksiyonu, altta yatan temel patofizyolojik olay olarak kabul edilmektedir. Siliyer dismotilite, nazofarenks karsinomu, juvenil anjiofibrom, yarı damak, adenoid hipertrofisi ve yaşa bağlı östaki borusundaki anatomik farklılıklar östaki tüpü disfonksiyonuna sebep olan etyolojik faktörlerdir (1). Ancak yukarıda gösterilen faktörler EOM hastalarının sadece küçük bir kısmında bulunmaktadır. EOM hastalarının büyük bir kısmında ise etyolojik faktörler tespit edilememektedir. Bu hastalar idiyopatik EOM grubunda yer almaktadır. Bu grup hastalarda bir çok yazar, aralıklı seyrinden dolayı EOM'nin etyopatogenezinden allerjinin ve reflünün sorumlu olduğunu savunmaktadırlar (2, 3). EOM'nin etyopatogenezinde kabul gören bir diğer teori ise enflamatuar teoridir. Bu teori, viral veya bakteriyel bir enfeksiyon sırasında orta kulak mukozasında meydana gelen enflamatuar değişikliklerin müsin üreten hücrelerin artışına ve dolayısıyla sıvı üretimine yol açtığını öne sürer. Bazı yazarlar EOM hastalığının erişkinlerde ve çocuklarda farklı etyopatogeneze sahip olduğunu savunmaktadır (4, 5). Bu çalışmada, idiyopatik kronik EOM hastalarında son yollarda güvenilir bir etyolojik gösterge olarak kabul edilen NLO değerleri incelendi ve sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu. Ancak ELO ve BLO gibi hematolojik enflamatuar belirteçler açısından ise gruplar arasında anlamlı

farklılık tespit edilmedi. NLO değerlerinin anlamlı olarak yüksek bulunması erişkinlerde de EOM etyopatogenezinde bir enflamatuar sürecin devam ettiğini göstermektedir.

Sonuç

Çalışmamızda, erişkinlerde idiyopatik kronik EOM hastalığında NLO'nun anlamlı derecede yüksek olduğu, ancak BLO ve ELO'nun ise anlamlı derecede yüksek olmadığı tespit edilmiştir. NLO'nun enflamatuar bir belirteç olduğu göz önüne alınırsa, erişkinlerde idiyopatik kronik EOM hastalığının etyopatogenezinde enflamatuar bir olayın gerçekleştiği düşünülebilir. Ancak NLO'nun prognostik değerini anlamak için hasta sayısının fazla olduğu ve takip süresinin uzun olduğu prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Hurst DS. The role of allergy in otitis media with effusion. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011;44(3):637-54
2. Bluestone C.D.: Eustachian tube function and allergy in otitis media. *Pediatrics* 1978;61:753-760.
3. Miura MS, Mascaro M, Rosenfeld RM. Association between otitis media and gastroesophageal reflux: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146(3):345-52.

4. Ondrey FG, Juhn SK, Adams GL. Early-response cytokine expression in adult middle ear effusions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:342–5
5. Mills R, Hathorn I. Aetiology and pathology of otitis media with effusion in adult life. *J Laryngol Otol.* 2016;130(5):418-24

POSTER BİLDİRİLER

Dr. Cevat Uçar
Kulak Burun Boğaz Uzmanı

SUALTI SPORLARI VE DALIŞLARDA YAŞANANAN KULAK BURUN BOĞAZ PROBLEMLERİ

Giriş

Son yıllarda yaygınlaşan amatör aktivitelerden olan sualtı sporları (M.Ö.) 2000 yıllarına kadar uzanan inci, sünger avcılığı ve askeri amaçla yapılan dalışlarla başlamıştır(1,2). Sualtı sporları ve dalışlarında 1700'lü yılların sonunda hortum ve kasktan oluşan dalış ekipmanları kullanılmış, 19. yüzyılda tüplü dalış tekniklerinin geliştirilmesiyle de 50 metre derinliğe kadar inilebilmiştir. Derinlik ve dalış süresi arttıkça sualtında karşılaşılan hastalık ve risklerin de arttığı görülmüştür(2,3).

Dalış esnasında basınç değişikliklerine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemleri iki fizik kanunu ile açıklanmaktadır. Bunların birincisi su altında derinlik arttıkça derinlikle orantılı olarak artan basıncı ve basınçla ters orantılı olarak azalan gaz hacmini tanımlayan Boyle kanunudur. Basınçla ortaya çıkan barotravmatik hastalıkların dalış esnasındaki basınç değişiklikleri sebebiyle hava boşluğu içeren organlardaki doku hasarı bu kanun ile açıklanabilmektedir. Diğeri ise dekompresyon hastalığı ve nitrojen sarhoşluğunu açıklayan, sıkışan gazların sıvı hale geldiğini tanımlayan Henry kanunudur(4,5). Vücut fizyolojisinde meydana getirdiği önemli değişikliklerle insan sağlığı için birçok risklere yol açan sualtındaki basınç değişiklikleri dekompresyon hastalığı, pulmoner ödem ve gazların toksik etkileri gibi temel sağlık problemlerinin yanısıra daha sık olarak da kulak burun boğaz sorunlarına sebep olabilmektedir(6).

Dalış esnasında basınç eşitlenmesinin olmadığı durumlarda ortaya çıkan barotravmalar çevre basıncı arttığında kapalı gaz hacminin sıkışması, çevre basıncının azaldığında ise gaz hacminin genişlemesiyle ortaya çıkmaktadır. Akciğerler, orta kulak ve paranasal sinüslerdeki kapalı kalan gazlar dalış esnasında artan çevre basıncına bağlı olarak sıkışmakta, çıkış esnasında ise azalan çevre basıncına bağlı olarak genişlemektedir. Bu durum karşımıza iniş ve çıkış barotravmaları olarak çıkmaktadır. Barotravmanın en sık görüldüğü organ orta kulaktır(7). Kulak zarı perforasyonu sonucu işitme kaybı, tinnitus, başdönmesi, bulantı gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. İç kulaktaki barotravmanın sebebi ise dalışta iniş esnasında yapılan kuvvetli valsalva ile yuvarlak pencerenin rüptüre olmasıdır. İki taraf orta kulak basıncının farklılığında geçici olarak alternobarik vertigo meydana gelir ki bu daha çok çıkış esnasında görülür(8).

Suyun giriş bulamadığı kulak tıkacı ya da buşon ile tıkanmış dış kulak yolunda hapsolan havanın dalışın iniş fazında sıkışarak oluşturduğu vakum kulak zarı ve dış kulak yolu cildinde kanama ve yırtılmaya sebep olabilir. Dış kulak yolunu daraltan ekzositoz oluşumu ise daha çok soğuk sularda dalış yapanlarda görülür(10).

Belirli derinlik ve sürelerde dalış yapan dalgıçların tüpten soluduğu yüksek basınçlı havadaki nitrojen gazı eriyik hale geçer. Dalgıç yukarı çıkışlarda derinlik ve zaman sınırlamalarını dikkate almadan yüzeye çıkarsa kan ve dokulardaki eriyik haldeki nitrojen aniden gaz haline geçerek kan damarları ve dokularda kabarcıklar oluşturur. Bu hava kabarcıklarının oluşturduğu emboli tüm vücut dokularında infarktüs riski oluşturur. İç kulakta da ortaya çıkabilecek bu durum işitme kaybı ve başdönmesine yol açabilir(10).

Sinüs ostiumunun enfeksiyon, allerji ve polip gibi sebeplerle tıkanmasıyla dış ortam ve sinüs içi basıncı eşitlenemez ve hızlı iniş ve çıkışlarda sinüs ostiumu mukozasında yırtılmalar ve buna bağlı olarakta şiddetli ağrı ve burun kanamaları meydana gelebilmektedir(10).

Sonuç ve Öneri: Sualtı spor ve dalışlarının güvenli donanımlarla, belirli standartlar ve kurallar içerisinde, sertifikalı kurumların eğitim ve yardımıyla gerçekleştirilmesi, amatör ve profesyonellerin dalış öncesinde kulak burun boğaz muayenesinin yapılması sağlıklı bir dalış ve sonrası hastalık risklerini bertaraf etmek için hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dalış, dekompresyon hastalığı, barotrauma, otit,

Kaynaklar:

1. Kindwall EP. A short history of diving and diving medicine. In: Bove AA, editor. Bove and Davis' diving medicine. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. pp. 1-9.
2. Acott C. A brief history of diving and decompression illness. SPUMS 1999 June; 29(2):98-109.
3. Robinson K, Byers M. Diving medicine. J R Army Med Corps 2005; 15: 256-263.
4. Clenney TL, Lassen LF. Recreational scuba diving injuries. Am Fan Physician 1996 April; 53(5):1761-74.
5. Russi EW. Diving and the risk of barotrauma. Thorax 1998 August; 53(Suppl 2): 20-24.
6. Guyton AC, Hall EJ. Tıbbi fizyoloji. Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğen B, Çev. Editors. 11th. Edition. Nobel Tıp Kitabevleri, 2006. s.545-550.
7. Aktaş Ş. Yüksek basınçla ilişkili patolojilere yaklaşım. Yoğun Bakım Dergisi 2005; 5(4):208-220.
8. Hızalan İ. Dalışta Kulak Sorunları II. İç Kulak Sıkışmaları. Sualtı Dünyası, Sayı 4, Nisan 1996, s. 70-1.
9. Hızalan, İ. Dalışta Kulak Sorunları I. Dış ve Orta Kulak Sıkışmaları. Sualtı Dünyası, Sayı 3, Mart 1996, s. 66-7.
10. Edmonds,C., Mc Kenzie,B., Thomas, R. Diving Medicicne for Scuba Divers. J.L. Publications, Melbourne, 1992

KRONİK OTİTİS MEDIA İLE MASKELENEN ORTA KULAK RABDOMYOSARKOMU: OLGU SUNUMU

Şermin Can¹, Eyyüp Yağız¹, Muhammed Ayrıl¹, Mehmet Akdağ¹

¹Dicle Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Rabdomyosarkom çocukluk çağının en sık görülen yumuşak doku sarkomudur. Tüm pediatrik malignitelerin yaklaşık %13'ünü oluşturur. Bu malignitelerin yaklaşık %35'i baş boyun bölgesinde görülmektedir. Genellikle orbita, burun ve paranasal sinüsler, orofarinks, nazofarinks, dış kulak yolu ve mastoid bölge tutulumu mevcuttur. Klinik olarak ilk başvuru şikayeti tutulum bölgesine bağlı olmakla birlikte en sık şişlik şeklindedir. Temporal kemik tutulumunda ise sıklıkla otitis media, fasiyal sinir paralizisi veya dış kulak yolunu dolduran kitle şeklinde semptomlar gözlenir.

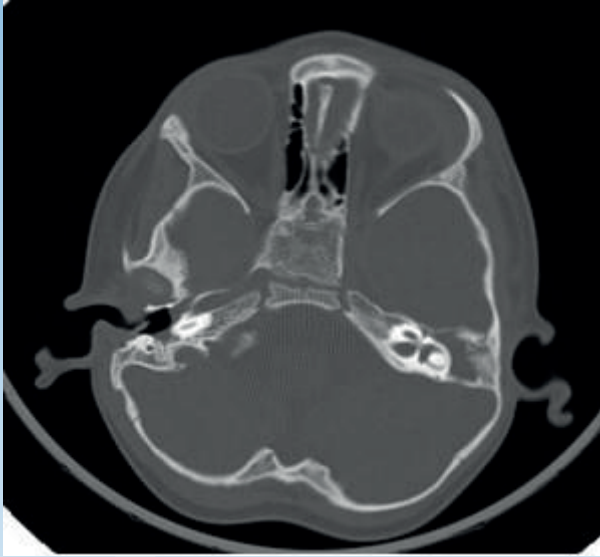
OLGU SUNUMU: Daha önce bilinen kulak akıntısı ve travma öyküsü olmayan 3 yaşında erkek hasta solda ani başlayan House-Brackman evrelemesine göre grade 3 periferik fasiyal paralizi ile kliniğimize başvurdu. Otoskopik muayenede attik bölgeden dış kulak yoluna sarkan hemorajik görünümde polipoid lezyon mevcuttu. Orofarenks, nazal kavite, nazofarinks ve boyun muayenesi doğal izlendi. Çekilen Temporal BT her iki mastoid hücre havalanmasını oblitere eden orta kulak kavitesine yayılan kemikcik zinciri çevreleyen yumuşak doku dansiteleri izlendi şeklinde raporlandı. Hastaya pediatri konsültasyonu önerisiyle 2x500 mg seftriakson ve ile 1mg/kg steroid tedavisi başlandı. Ancak klinik düzelme olmayınca hasta cerrahiye alındı. Önce eksploratif timpatomi yapıldı ve orta kulağın polipoid dokularla dolu olduğu gözlemlendi ardından retroauriküler yaklaşımla Radikal Mastoidektomi yapıldı. Orta kulaktaki bu polipoid dokuların petröz apekse uzanımının olduğu görüldü. Fasiyal sinir yer yer mastoid segmentte açıkta izlendi. Alınan patoloji iltihabi granülasyon dokusu olarak yorumlandı.

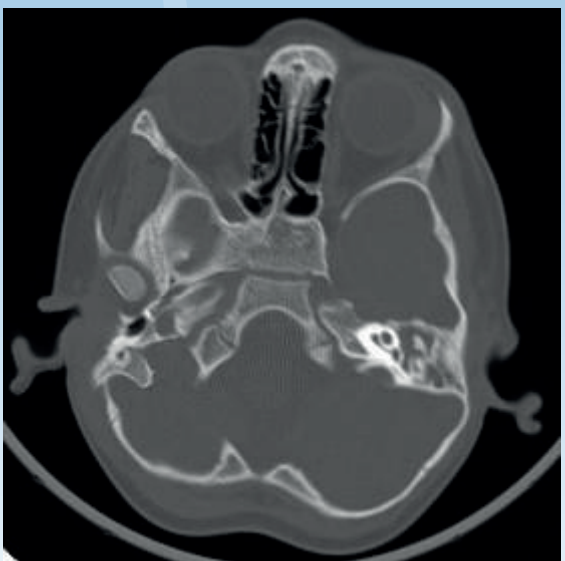
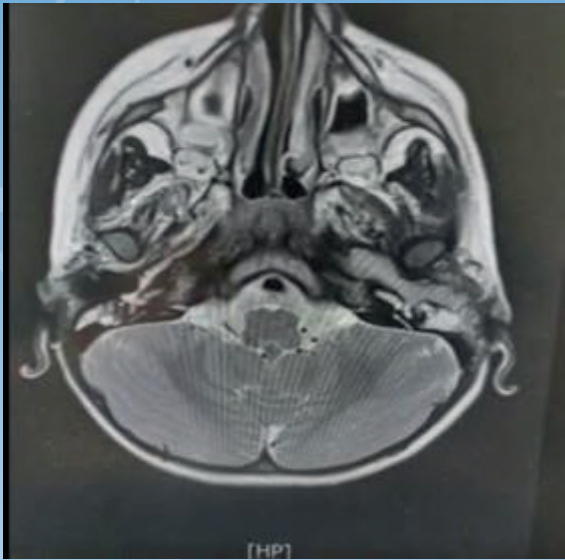
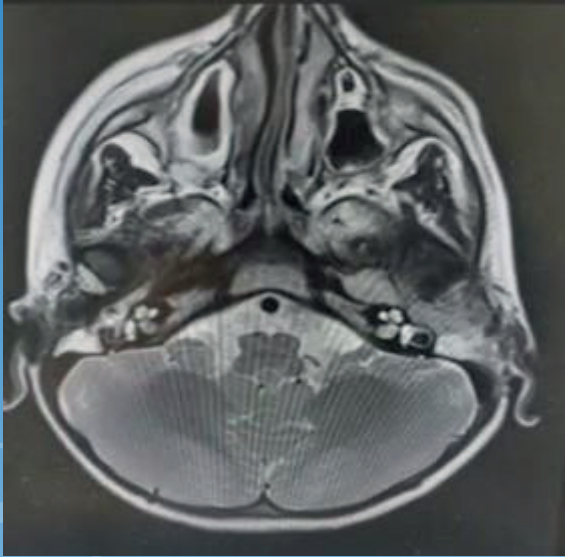
Hastanın fasiyal sinir fonksiyonlarında değişim gözlenmedi. Bir ay sonra sol dış kulak yolundan tamamen dışarı sarkan hemorajik kitle ile kontrole gelen hastanın çekilen Temporal MR'ı dış kulak yolu ve mastoid kaviteyi dolduran petröz apexten temporal loba kadar uzanan, karotisi saran 3x4 cm kitle mevcut şeklinde raporlandı. Hasta bunun üzerine tekrar operasyona alındı. Mastoid kavite ve dış kulak yolunda kitle olduğu ve kitlenin dış kulak yolu anterior duvarını

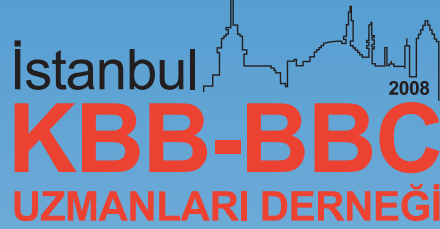
erode ettiği gözlemlendi. Kitlenin petröz apekse uzanımı mevcuttu. İkinci kez alınan patoloji sonucu embriyonel rabdomyosarkom olarak raporlandı ve hasta kemoradyoterapi için onkolojiye yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Orta kulak ve dış kulak yolu mezenkimal tümörleri pediatrik hastalarda otitis media komplikasyonları şeklinde klinik oluşturabilirler. Bu nedenle özellikle anamnez ve fizik muayenede kronik otitis media bulguları olmayan, travma öyküsü ve bulgusu olmayan çocuk hastalarda bu tümörler akla gelmelidir. Ancak bazen de bizim vakamızda olduğu gibi bu tümörler kronik otitis media bulguları ile maskelenebilmektedir. Bu nedenle kronik otitis media komplikasyonu gelişen hastalarda nadiren görülsede bu tümörler akla gelmeli ve tanının gözden kaçırılarak tedavinin gecikmesinden kaynaklı mortalite ve morbiditenin önüne geçilmelidir.

Keywords: Orta kulak, Rabdomyosarkom, Kronik otit







BİLİMSEL SEKRETERYA

Çobançeşme Sanayi Cad. No:11
Nish İstanbul A Blok Daire: 8 Yenibosna-İstanbul
T: +90 (212) 234 44 81
info@istanbulkbb.org



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

İnönü, Cumhuriyet Cd. No:69/A, 34373 Şişli/İstanbul
T: +90 (212) 231 97 47
mice@honesttravelgroup.com