

Farklı Yayılım Paterni Gösteren Bilateral Otojenik Beyin Absesi

BILATERAL AUTOGENIC BRAIN ABSCESS SHOWING A DIFFERENT DISSEMINATION PATTERNS: CASE REPORT

Dr. Ali TİTİZ,^a Dr. Caner ŞAHİN,^a Dr. Müge ÖZCAN,^a Dr. Mesut TEZER,^a Dr. Adnan ÜNAL^a

^aKulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Kronik otitis media ve neden olduğu intrakranial ve intratemporal komplikasyonlar özellikle gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Otojenik beyin absesi özellikle antibiyotiklerin kullanıma girmesinden bu yana insidansında azalma olsa da halen tehlikeli bir hastalık olma özelliğini korumaktadır. Bu yazıda bilateral kronik otitis mediaya bağlı olarak bilateral serebral absenin farklı yayılım yolları ile geliştiği bir olgu literatür incelemesi eşliğinde sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Otitis media, serebral abse

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:121-123

Abstract

Chronic otitis media and related intracranial and intratemporal complications cause morbidity and mortality especially in developing countries. Although its incidence decreased after use of antibiotics, autogenic brain abscess is still a troublesome situation. This report presents a case of bilateral cerebral abscess that developed by a different way of dissemination due to chronic otitis media with a review of the literature.

Key Words: Otitis media, brain abscess

Beyin absesi, orta kulak enfeksiyonlarının menenjitten sonra en sık görülen intrakranial komplikasyonudur. Otojen kökenli beyin absesinin özellikle antibiyotiklerin kullanıma girdiği son 50 yılda görülme sıklığı azalsa da nadiren görülen ve hayatı tehdit eden bir otit komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Mortalite oranları literatürde %7-61 arasında değişmektedir.¹ Çocuklarda beyin abseslerinin %25'i otojen kökenli iken erişkinlerde bu oran %50 olarak bildirilmektedir.² Beyin absesi manifest hale geldiğinde belirgin semptomlar görülebilmekte, fakat subklinik olarak seyredebilmesi tanıyı geciktirebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında her kronik otitis media olgusunda karşılaşılabilecek bir klinik tablo olarak akılda tutulması gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kronik otitis mediada komplikasyonların oluşmasında farklı yayılım yolları karşımıza çıkmaktadır.

Bunlar, direkt yayılım, kemik erozyona bağlı yayılım, tromboflebit yolu ile yayılım ve nadir görülen hematojen yayılım gibi farklı yollar olabilir. Literatürde bilateral kronik otitis media ve bilateral serebral abse varlığının birlikte olduğu az sayıda olgu mevcuttur.^{3,4} Bu yazımızda bilateral kronik otitis medianın kısa süre aralıkla farklı yayılım yolları ile temporal lob abselerine yol açtığı bir olgu sunmaktayız.

Olgu Sunumu

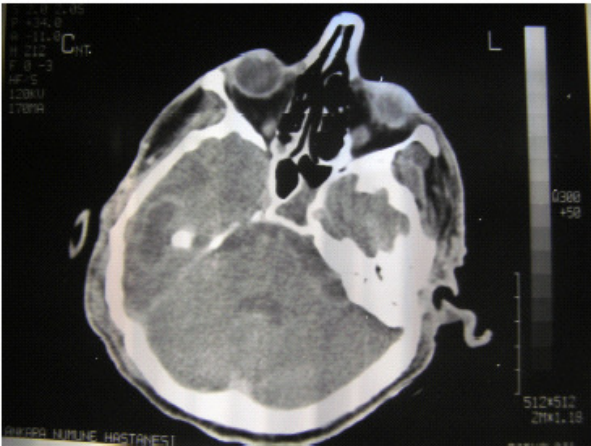
Otuz sekiz yaşında erkek hasta, acil servise yüksek ateş, genel durum bozukluğu ve bilateral kulak akıntısı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde hastanın mental retardasyon hikayesi olduğu ve küçüklüğünden bu yana her iki kulağında zaman zaman olan, kötü kokulu akıntı şikayeti olduğu öğrenildi. Muayenesinde, sağ dış kulak yolunun pürülan, kötü kokulu sekresyon ile dolu olduğu izlendi. Pürülan mayii aspire edilince timpanik membranın subtotal perfore olduğu izlendi. Sol dış kulak yolunu dolduran polipoid doku izlendi. Nörolojik muayenesinde ense sertliği olan hastanın Kernig ve Brudzinski bulguları negatif olarak izlendi. Bilateral Schüller grafisinde mastoid hücre aerasyonunun olmadığı görüldü. Çekilen BT'de

Geliş Tarihi/Received: 21.10.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 23.05.2006

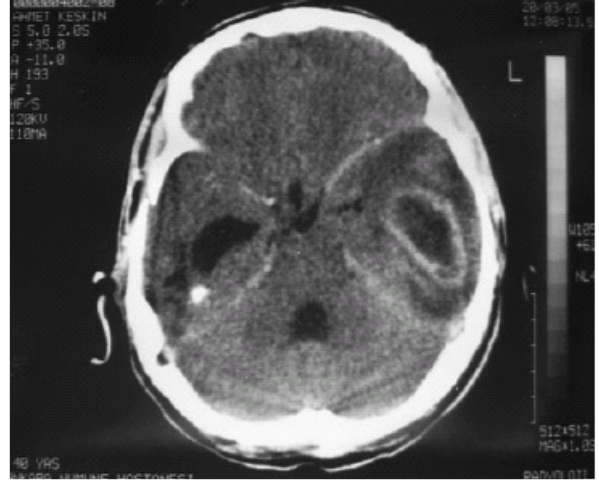
Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ali TİTİZ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
1. Kulak Burun Boğaz Kliniği, ANKARA
alititiz@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

sağ temporoparietal bölgede 56 x 32 mm boyutlu, çevresinde ödem ve kontrastlanma gösteren, abse ile uyumlu hipodens alan izlendi (Resim 1). Beyin cerrahi kliniği tarafından genel anestezi altında hastaya ilk olarak Burr hole ile daha sonra kraniotomi ile olmak üzere erken kapsülasyon evresinde 2 kere abse materyali boşaltıldı. Nörolojik bulgularının düzelmesinden 1 ay sonra hastaya kliniğimizde sağ radikal mastoidektomi uygulandı. İntraoperatif olarak antrum ve attikte pürülan mayii ve granülasyon dokusu izlenirken dural plate de yaklaşık 2 x 2 cm boyutlarında kemik defekt izlendi. Dural defektten prolabe olan yumuşak dokudan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu "glial doku" olarak geldi. Dural plate'deki kemik defekt duraplasti ve temporal adele fasyası kullanılarak onarıldı. Hastaya sol polipli kronik otitis mediası için operasyon randevusu verildi ve tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hasta ameliyattan 6 ay sonra yeniden acil servise genel durum bozukluğu, ateş ve şuur bulanıklığı ile başvurdu. Muayenesinde sağ opere radikal kavitenin temiz olarak izlendiği, ancak sol dış kulak yolundaki kötü kokulu pürülan akıntının temizlenmesine rağmen timpanik membranın polip nedeniyle değerlendirilemediği görüldü. Kranial BT tetkikinde sol temporoparietal lobda 26 x 27 mm boyutlarında çevresi hipodens kontrastlanan abse formasyonu izlendi (Resim 2). Abse Burr hole kraniotomi ile drene edildi. Genel durumu düzelen hastaya beyin cerrahisi operasyonundan 2 hafta



Resim 1. Beyin tomografisi aksiyal kesitinde sağ temporoparietal bölgede petröz kemik üst yüzeyine komşu yerleşimli yaklaşık 56 x 32 mm boyutlu çevresinde ödem ve kontrastlanma gösteren abse ile uyumlu hipodens alan görülmüyor.



Resim 2. Beyin tomografisi aksiyal kesitinde sol temporoparietal bölgede yaklaşık 26 x 27 mm boyutlarında çevresi hipodens kontrastlanan abse formasyonu görülmüyor.

sonra sol intakt kanal wall timpanomastoidektomi uygulandı. Operasyonda dış kulak yolundan köken alan polipoid doku eksize edildi. Timpanik membranın adezif olduğu izlendi. Mastoid hücrelerin ileri derece enfekte olduğu izlendi. Orta fossayı ve posterior fossayı örten kemik platede herhangi bir erozyon saptanmadı. Lateral semisirküler kanal ve kohlea üzerinde herhangi bir defekt yoktu. İnkusun ve stapes suprastruktürünün yenik olduğu, fakat kolesteatom dokusunun olmadığı görüldü. Kartilaj timpanoplasti uygulandı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta beyin cerrahisi kliniği ile birlikte takibe alındı.

Tartışma

Otojen kaynaklı intrakranial komplikasyonlar arasında serebral abse menejitten sonra en sık görülen komplikasyondur.^{5,6} Otojen serebral abse akut ya da kronik otitis media komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Olguların %80'inin kronik otitis media, %20'sinin akut otitis media komplikasyonu olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir.⁷ Otojen kökenli abselerde en sık temporal lob tutulumu izlenirken sıklık olarak bunu serebellar ve parietal bölge abseleri izler.⁸

Mastoid kemikteki enfeksiyon, kemik erozyonu, direkt yayılım, tromboflebit ve hematojen yol olmak üzere çeşitli yollarla intrakranial alana yayılmaktadır. Kemik erozyonun yerine göre serebral abse lokalizasyonu değişmektedir. Özellikle dural

plate seviyesinde olan erozyonlarda temporal lob absesi gelişirken, lateral sinüs ve arka kafa çukuru üzerindeki erozyonlarda serebellar abse gelişme eğilimi daha yüksektir. Olgumuzda kemik erozyonla yayılıma örnek teşkil eden sağ kulakta mevcut olan dural platedeki kemik defekti, temporoparietal lob absesi ile komşuluk göstermekteydi. Buna karşın hastanın sol kulağında var olan enfeksiyon durumunun herhangi bir kemik defekte ve tromboflebit durumuna yol açmadığı, beyin absesinin hematogen yol ile oluşmuş olduğu kanaatine varıldı.

Literatürde serebral abseli olguların hemen hemen tamamı yakınında kolesteatomalı kronik otitis media varlığı göze çarpmaktadır.⁸ Fakat nadir de olsa bizim olgumuzun sol kulağında olduğu gibi polipli süperatif kronik otitis media sonucunda da intrakranial komplikasyon geliştiği görülmektedir.

Beyin absesi, klinik olarak başlangıç evresi, latent evre ve manifest evre olmak üzere 3 şekilde incelenebilir.⁹ Başlangıç evresinde baş ağrısı, sub-febril ateş, halsizlik gibi non-spesifik belirtiler görülür. Hastalığın ilerlemesiyle birkaç hafta ile birkaç ay sürebilen latent evreye geçilir. Bu evrede halen beyin absesine ait bulgu yoktur. Daha çok serebrite ait bulgular izlenir. Manifest evre, absenin oluşumunu tamamlaması ile ortaya çıkar. Bu dönemde belirtileri lokal ve genel olarak incelenebilir. Genel semptomlar giderek artan şiddette baş ağrısı, uyuklama hali, genel durum bozukluğu, kişilik değişiklikleri olarak özetlenebilir. Lokal bulgular kafa içi basınç artışına bağlı gelişen papilödem, eforsuz kusma, bradikardi ve solunum düzensizliklerine ek olarak gelişen abse lokalizasyonuna ait fokal nörolojik bulgulardır. Terminal dönemde tedavi görmedikleri takdirde hastalarda konvülsiyonlar, status epileptikus, bradikardi, solunum düzensizlikleri ve ölüm görülür.

Mikrobiyolojik olarak anaeroblar başta olmak üzere farklı patojenler üretilmiştir. Yapılan çalışmalarda *Bacteroides fragilis*, peptostreptokoklar, *Fusobacterium* gibi anaeroblar başta olmak üzere; *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* ve özellikle orta kulak patolojisine bağlı olmak üzere *Pseudomonas aeruginosa* gibi gram negatif basiller ve ek olarak da *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* gibi orta kulak patojenleride üretilmiştir.¹⁰ Hastamızda kliniğimize başvurmadan

önce geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı nedeni ile beyin absesi materyallerinde üreme saptanmadı.

Hastalığın tanısında anamnez ve fizik muayene-neden sonra en değerli tanı aracı BT'dir. Kontrastlı BT'de abse ve çevresinde lokalize ödem dokusu görülebildiği gibi temporal kemik erozyonu hakkında da bilgi edinilebilir.

Tedavide, medikal ve cerrahi tedavinin kombinasyonu kullanılmalıdır. Başlangıçta hastanın genel durumunu düzeltmek ve fokal enfeksiyon odağını ortadan kaldırmak için geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, sonraki dönemde kültür sonuçlarına göre medikal tedaviye devam edilmesi gereklidir. İntrakranial basıncı azaltmaya yönelik manitol, steroid ve sıvı kısıtlaması gibi antiödem tedavi protokolleri uygulanabilir. Cerrahi tedavide absenin drenajı ile orta kulak cerrahisi aynı yahut farklı seanslarda uygulayan otörler mevcuttur.⁸

Kolesteatomalı kronik otitis mediada komplikasyon gelişme oranının yüksek olduğu bilinmekle birlikte, olgumuzda karşılaştığımız gibi kolesteatomasız kronik otitis medianın diğer klinik tiplerinde de beyin absesi gibi ciddi komplikasyonların görülme olasılığının bulunması ve her an gelişebilecek olması, kronik otitis medianın erken tanı ve tedavisinin özellikle otojenik serebral abse gibi ciddi komplikasyonların gelişiminin önlenmesinde en önemli basamağı oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Nalbone VP, Kuruvilla A, Gacek RR. Otogenic brain abscess. The Syracuse experiment. *Ear Nose Throat J* 1992;71:238-42.
2. Yen PT, Chan ST, Huang TS. Brain Abscess :with spatial reference to otolaryngologic source of infection. *Otolaryngol Head and neck Surgery* 1995;113:15-22.
3. Gupta AK, Nagarkar NM, Mann SB, Gupta SK. Bilateral otogenic temporal lobe and post aural abscess. *J Laryngol Otol* 1997;111:284-5.
4. Nadkarni TD, Bhayani R, Goel A, Karapurkar AP. Bilateral otogenic cerebellar abscess. *J Postgraduate Med* 1993;39:38-9.
5. Ludman H. Complications of suppurative otitis media. In: Kerr AG, Groves J, eds. *Scott Brown's Otolaryngology*. 5th ed. London: Butterworths; 1987. p.264-91.
6. Osmalı U, Cüreoğlu S, Hosoğlu S. The complications of chronic otitis media. *J Laryngol Otol* 2000;114:97-100.
7. Kangsaranak J, Fooanant S, Ruckphaopunt K, Navacharoen N, Teotratkul S. Extracranial and intracranial complications of suppurative otitis media. Report of 102 cases. *J Laryngol Otol* 1993;107:999-1004.
8. Sennaroğlu L, Sozeri B. Otogenic brain abscess: Review of 41 cases. *Otolaryngol Head and neck surg* 2000;112:751-5.
9. Arts HA, Neely JG. Intratemporal and intracranial complications of otitis media. In: Bailey B, ed. *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams and Wilkins; 2001. p.1759-72.
10. Sofinau D, Selviradesa P, Sofinou E. Etiologic agents and predisposant factors of intracranial abscess in Greek University Hospital. *Infection* 1996;24:144-6.