

Kulak Burun Boğaz Enfeksiyonları Multidisipliner Bakış

Editör

Ziya ŞENCAN

Burak Mustafa TAŞ

©2023 Kulak Burun Boğaz Enfeksiyonları-Multidisipliner Bakış

ISBN: 978-625-6429-41-3

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir.

Editör

Doç. Dr. Ziya ŞENCAN

Doç. Dr. Mustafa Burak TAŞ

Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

Proje Koordinatörü

Meryem YAVUZ

(MediHealth Academy)

Grafik-Tasarım

Fatih Şamil ULUDAĞ

Furkan Selçuk AYDOĞDU

Özlem ESEN

(MediHealth Academy)

Baskı-Cilt

Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş.

1250 Cadde No: 25 Ostim OSB Yenimahalle / Ankara

Sertifika No: 46821

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad. No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05-15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



İçindekiler

Bölümler	i
Yazarlar	iii
Önsöz	v

BÖLÜMLER

1. Bölüm Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Fizik Muayenesi	1
2. Bölüm Kulak Burun ve Boğaz Hastalıklarında Antibiyotik Kullanımı	5
3. Bölüm Baş Boyun Radyolojisi	13
4. Bölüm Kulak Anatomisi	23
5. Bölüm Otitis Media	39
6. Bölüm Pediatrik Adenotonsiller Hastalıklar	49
7. Bölüm Aurikula Hastalıkları ve Dış Kulak Yolu Enfeksiyonları	57
8. Bölüm Kronik Otitis Media	71
9. Bölüm Kronik Otit Komplikasyonları	75
10. Bölüm Paranasal Sinüs Anatomisi ve Fizyolojisi	81
11. Bölüm Alerjik Rinit	89
12. Bölüm Nonalerjik Rinitler	97
13. Bölüm Rinosinüzit	105
14. Bölüm Fungal Rinosinüzitler	113
15. Bölüm EPOS 2020 ve Rinosinüzitler	119
16. Bölüm Boyun Anatomisi	133
17. Bölüm Baş Boyun Enfeksiyonları	141
18. Bölüm Tonsil, Adenoid ve Farenks Enfeksiyonları	151
19. Bölüm Larenks Anatomisi ve Fizyolojisi	157
20. Bölüm Larenks Enfeksiyonları	167
Dizin	175

Yazarlar

Atiye Cenay KARABÖRK KILIÇ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Ayşegül TUNA

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Barış BÜYÜK

Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Birgül KAÇMAZ

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Buğra ŞİMŞEK

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Burak Mustafa TAŞ

Kırıkkale Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Ceyda KARSLI

Kırıkkale Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dilek UREM

Eskişehir Şehir Hastanesi

Ela CÖMERT

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Elif GÜLAY ÇETİNKAYA

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Furkan Melih KOÇAK

Devrek Devlet Hastanesi

Merve ÜNAL

Kırıkkale Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Mustafa TANRIVERDİ

Sanko Üniversitesi

Nevra SEYHAN

Güllhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Özge KOÇAK

Çaycuma Devlet Hastanesi

Serdar GÜL

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Serdar Hanzala YAMAN

Kırıkkale Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Şerife ÇAKILCI ÖZKASAP

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

KBB Enfeksiyonları Multidisipliner Bakış

Zeynep KURALAY

Erzurum Şehir Hastanesi

Ziya ŞENCAN

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Önsöz

Sevgili Meslektaşlarım;

"**Kulak Burun Boğaz Enfeksiyonları-Multidisipliner Bakış**" kitabımızın uzun hikayesi Kasım 2022 de başladı. Projemiz daha kapsamlı ve geniş bir kitap olarak planlanmıştı maalesef 6 Şubat 2023 tarihinde yaşadığımız büyük deprem felaketi nedeniyle daha sınırlı bir projeye devam etmek durumunda kaldık. Çünkü deprem bölgesinde etkilenen çok fazla arkadaşımız oldu ve kitabımıza daha sınırlı bir ekiple devam etmek durumunda kaldık. Bu vesileyle deprem felaketinde hayatını kaybeden tüm vatandaşlarımıza Allah'tan rahmet diliyor, tüm halkımıza geçmiş olsun demek istiyoruz.

Kitabımızın hedef okuyucu kitlesi; aile hekimleri ve ilk yıl Kulak Burun Boğaz Hastalıkları asistanları olarak belirlenmiştir. Kulak burun boğaz enfeksiyonları ve enfeksiyonlara öncülük eden bazı hastalıklar kitabımıza eklenmiştir. Ekibimizle hedefe yönelik ve okuyucuyu sıkmayacak bir kitap oluşturmaya çalıştık.

Tüm yazarlarımıza, yayınevimize, teknik ekibimize uzun ve zorlu süreçte vazgeçmedikleri için teşekkür ediyor, kitabımızın çokça okunan faydalı bir kaynak olmasını umut ediyoruz.

Doç. Dr. Ziya ŞENCAN
Doç. Dr. Burak Mustafa TAŞ

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Fizik Muayenesi

Ziya ŞENCAN

Kapsamlı bir öykü ve fizik muayenenin önemi göz ardı edilemez. Çoğu durumda dikkatli yapılan bu aşamalar hekimi tanıya götürür. Diğer taraftan; üst düzey değerlendirmelere yönlendirmek ve gereksiz testlerden kaçınmak, hasta durumunu aciliyetini belirlemek için kritik öneme sahiptir.

Aynı zamanda cerrahi branşlarda preoperatif değerlendirme, cerrahiye karar vermek için önemli ve hayati bir adımdır. Bir cerrahi prosedürde yer alan riski doğru bir şekilde değerlendirmek için hastanın komorbiditeleri ve diğer faktörler de dikkate alınmalıdır. Bu komorbiditeleri ve risk faktörlerini bilerek operasyona girmek ve perioperatif olarak uygun bir şekilde yönetmek, cerrahi riski ve post-operatif komplikasyonları azaltır.

HASTA GEÇMİŞİ

Hasta geçmişini toplamanın ilk adımı, hasta kayıtlarının kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesiyle başlar. Hastanın kendi başvurusu olup olmadığı ya da sevk edilmişse; sevk eden doktordan alınan mevcut notlarının gözden geçirilmesi, yapılmış tetkiklerin ayrıntılı incelenmesiyle geçmiş taramasına başlanmalıdır.

Hastanın tıbbi geçmişinin araştırılması, kulak burun boğaz uzmanının hastayı daha iyi anlamasına yol açar ve genellikle ileri tetkik ve tedavi açısından önemli olan bilgileri ortaya çıkarır. Komorbiditeler, geçirilmiş cerrahiler, zor entübasyon geçmişi, herhangi bir ilaç alerjisi, kullanılan ilaçlar; poliklinikte tedavi verirken ve özellikle cerrahi öncesi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastalar mutlaka sigara, tütün ürünleri ve alkol kullanımı açısından değerlendirilmelidir.

BAŞ VE YÜZ

Baş; genel şekli, simetrisi ve travma belirtileri açısından incelenmelidir. Saç dökülmesinin olduğu alanlara dikkat edilmeli ve kafa derisi lezyonları not edilmelidir. Yüz ve kafa cildi güneş lekeleri, lezyonlar ve olası melanotik lezyonların varlığı açısından incelenir. Özellikle yüz cerrahileri öncesi yüz simetrisi hem istirahat halinde hem de hareket halinde değerlendirilmelidir.

Yüz iskeleti, kemik deformiteleri, düzensizlikler ve basamaklanmalar açısından dikkatle palpe edilmelidir; bu özellikle yakın zamanda yüz travması geçirmiş hastalarda önemlidir. Paranasal sinüslerin üzerindeki bölgeler, bir sinüzit atağı sırasında mevcut olabilecek hassasiyetin tespiti için sıkıca palpe edilebilir. Temporomandibular eklem, muayene eden kişinin parmaklarının eklem bölgesi üzerine yerleştirilmesi ve hastadan çenesini açıp kapatmasının istenmesiyle değerlendirilir. Eklem içi disk bozukluğu; eklem yerinden çıkması, kilitlemesi veya krepitasyon, otalji ve baş ağrısından sorumlu olabilir.

Otitis Media

Özge KOÇAK

Otitis media (OM); akut otitis media (AOM), efüzyonlu otitis media (EOM; 'glue ear') ve kronik süpuratif otitis media (KSOM) dahil olmak üzere bir hastalık spektrumudur. OM, dünya çapında küçük çocuklarda en sık görülen hastalıklar arasındadır. Daha doğru tanı ve tedavi için terimlerin iyi bilinmesi gereklidir. Tabloda en sık karşılaşılan terimler ve bunların tanımları anlatılmıştır (**Tablo 1**).

Tercih Edilen Terim	Tanım
Otitis Media (OM)	Etiyoloji veya patogenezele ilgilenmeksizin orta kulak iltihabı.
Akut OM (AOM)	Orta kulakta hızlı bir şekilde inflamasyon ve semptomlarının başlaması.
Rekürren AOM	Son 6 ay içinde en az üç veya son 1 yılda en az dört AOM öyküsü
Efüzyonlu OM (EOM)	AOM belirtileri veya semptomları olmadan orta kulağın içinde sıvı.
Kronik EOM (KEOM)	Başlangıç tarihinden (eğer biliniyorsa) veya tanı tarihinden (başlangıç bilinmiyorsa) itibaren en az 3 ay süreyle devam eden EOM.
Kronik Süpuratif OM (KSOM)	Perforasyon veya ventilasyon tüpü ile orta kulak ve mastoid mukozasının kronik iltihabı ve sürekli kulak akıntısı.
Orta Kulak Effüzyonu (OKE)	EOM veya AOM nin birlikte bulunabildiği herhangi bir nedenden kaynaklanan orta kulağın içindeki sıvı.

AKUT OTİTİS MEdİA

Akut otitis media (AOM), orta kulak boşluğunun enfeksiyonu olarak tanımlanır ve genellikle yetişkinlerden daha çok çocuklarda görülen bir rahatsızlıktır. Yıllık ortalama AOM insidansı %10,8 olup son 20 yıl içerisinde giderek azalmaktadır. Rutin pnömokok aşısının bebeklerde uygulanmaya başlamasının, bu insidans düşüşüne katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmektedir. AOM vakalarının büyük bir kısmı, 6 ila 24 ay arasındaki küçük çocuklarda meydana gelir ve 5 yaşından sonra AOM insidansı önemli ölçüde azalır (1,2).

Etiyoloji

Östaki tüp disfonksiyonu: Östaki borusu orta kulağın basıncını dış ortamın basıncına eşitlet, orta kulağı enfeksiyonlara karşı korur ve orta kulaktaki sekresyonların nazofarinkse atılmasını sağlar. İnfantlar ve küçük çocuklarda akut orta kulak iltihabı (AOM) riski daha yüksektir çünkü östaki borusu daha kısa, horizontal yerleşimli ve işlevsel olarak zayıftır (3). Östaki tüpü maturasyonu yavaş ilerler ve 7 yaşından sonra AOM insidansının azalmasının nedeni buna bağlı olabilir (4).

Enfeksiyon: Bakteriyel patojenler, *Streptococcus pneumoniae* (en sık), *Haemophilus influenzae* ve *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* %95'ten fazlasından sorumludur. Respiratuar sinsityal virüsü (RSV), influenza virüsü, parainfluenza virüsü, rinovirüs ve adenovirüs gibi viral patojenler de AOM'ye neden olurlar.

Kronik Otitis Media

Şerife ÇAKILCI ÖZKASAP
Ziya ŞENCAN

Akut otitis media (AOM) çocukluk çağında en sık görülen hastalıkların başında gelir. Çocukluk çağındaki işitme kayıplarının büyük bir kısmını oluşturur.

7 yaşına kadar çocukların %90'ında bir kez, %75'inde ise bir çok kez akut otitis media öyküsü bulunur.

AOM kendini sınırlayan orta kulak enfeksiyonu olmasına rağmen özellikle risk faktörleri taşıyan bireylerde kulak zarındaki perforasyon kalıcı olabilir. Kronik sekretuar otitis media (SOM) ise AOM'dan farklı seyreden orta kulakta sıvı birikimine neden olan bir klinikteir. SOM kulak zarı ve orta kulakta kalıcı değişikliklere neden olarak kronik otitis mediaya (KOM) dönüşebilir. 12 haftadan uzun süren süperatif kulak akıntısı halinde kronik otitten bahsedilir.

ETİYOLOJİ

Havalanması kötü olan temporal kemik enfeksiyona yatkınlık sağlar. Fakat pnömotizasyonu bozan etkiler arasında tartışmalar söz konusudur. Bir kısım kötü havalanmada genetik faktörlerin bir kısım ise çevresel faktörlerin etken olduğunu söylemektedir. Genetik faktörleri savunulara göre kötü pnömotizasyon kronik otite zemin hazırlamaktadır.

Çevresel faktörleri savunanlar ise havalanmanın bozulmasında sık geçirilmiş üst yolu enfeksiyonlarını, kötü yaşam koşullarını, hava kirliliğini, sigarayı, alerjiyi, düşük sosyo-ekonomik şartları suçlamaktadır. Enfeksiyonun tedavi edilmesine rağmen kronik otite ilerleme durumu çevresel faktörlerin yanında genetik faktörlerinde etkili olduğunu gösterir.

Ayrıca gastroözefajial reflü çocuklarda AOM nedeni olarak gösterilebilir. Orta kulakta *H. pylori* tespit edilmesi bu teoriyi destekler.

Erişkinlerde başlayan otitis media hastalarında ise çoğunda nedenler belirlenebilir. Bunlar paranazal sinüs hastalığı, nazofaringeal tümörler ve radyasyon sekeli olabilir.

Kronik otitli hastaların incelenen temporal kemiklerinin sklerotik olduğu, orta fossa durasının düşük olduğu, mastoid sürecin uzunluğunun kısaldığı görülmüştür. Kronik otit kulak zarında ise timpanoskleroz, retraksiyon, perforasyon gibi bulgular verebilir.

Sekretuar otitlerde kronik otite dönüşecek gelişmeler bu şekilde sıralıdır:

1. Attik retraksiyon
2. Pars tensada değişiklikler retraksiyon, miringoskleroz, atrofi
3. Malleus, stapes, inkusta erozyon
4. Mastoid sürecinde boyunda değişim ve temporal kemiğin havalanmasının bozulması
5. Orta kulak mukozası ve üstaki tüpünde değişim

Atrofik zarla gelişen akut otit ve ÜSYE sonrası perforasyon ile enfeksiyona yatkınlık oluşturup kronik otit olmaktadır.

Nonalerjik Rinitler

Dilek UREM

GİRİŞ

Rinit, esas olarak burun mukozasının inflamasyonu veya disfonksiyonu nedeniyle ortaya çıkan konjesyon, burun tıkanıklığı, rinore, hapşırma ve kaşıntı gibi burun semptomlarının bir paternini tanımlamak için kullanılan ve birçok farklı alt tipi içeren klinik bir tanımdır (1). Alerjik rinit (AR), enfeksiyöz rinit ve nonalerjik rinit (NAR) olmak üzere üç farklı rinit grubunun olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (2). Nonalerjik rinit, endonazal enfeksiyon ve sistemik alerjik inflamasyonun laboratuvar (negatif deri prick test, negatif serum IgE düzeyi ve radyoalergosorbent testleri) ve klinik belirtilerinin olmadığı heterojen bir rinit grubunu ifade eder (2,3). Geçmişte NAR yerine kullanılan vazomotor rinit (VMR) terimi artık kullanılmamaktadır. VMR nazal mukozal membranın inflamasyonu sonucu gelişen nazal vasküler ve glandüler bozukluk olarak tanımlanmaktaydı. Günümüzde NAR'ın nörosensoryel bozukluk nedeniyle geliştiği düşünülmektedir (4).

EPİDEMİYOLOJİ

Rinit epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmaların çoğu AR üzerine odaklanırken; NAR hakkında yalnızca birkaç epidemiyolojik veri mevcuttur. Rinit prevalansını içeren yayınların kapsamlı bir literatür taramasının yapıldığı bir derlemede NAR prevalansının %12 olduğu saptanmıştır. Rinit prevalansı coğrafi bölgeye göre değişmektedir ve zamanla artma eğilimindedir. (5). Nonalerjik rinit, yaklaşık 17 milyon Amerikalıyı etkilemektedir. Mevcut verilere göre yaklaşık 22 milyon insan NAR ve alerjik hastalıkların kombinasyonu olan mikst rinitten muzdariptir. Hem NAR hem de mikst rinit yetişkinlerde çocuklara göre daha sık görülür, kadın hastalarda erkeklere göre daha yaygındır (6).

SEMPATOMLAR

Baş ağrısı, yüzde basınç hissi, geniz akıntısı, öksürük ve boğaz temizleme hem alerjik hem de alerjik olmayan rinitlerde sık görülen semptomlardır (7). NAR burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve geniz akıntısı semptomları ile karakterizedir (8). NAR semptomları çok yıllık, kalıcı, aralıklı, mevsimsel veya iklimsel olabilir ancak mevsimsel olmaktansa uzun ömürlü olma olasılığı daha yüksektir (6,9). Bilinen tetikleyiciler tarafından ortaya çıkarılabilir. Bu tetikleyiciler arasında soğuk hava, iklim değişiklikleri (sıcaklık, nem, barometrik basınç), güçlü kokular, çevresel kirlenmeler, kimyasallar, alkol, cinsiyet hormon seviyesinde değişiklikler, sigara içimi (aktif ya da pasif) ve egzersiz yer alır (4,9). Bu tetikleyicilerden biri veya daha fazlası NAR semptomlarını ortaya çıkarabilir (9).