

KOLESTEATOMALI 57 KRONİK OTİTİS MEDIA OLGUSUNA AİT PREOPERATİF, OPERATİF VE POSTOPERATİF BULGULAR VE SONUÇLARIN ANALİZİ.

Dr. Faruk İLDİZ

ÖZET

1982-1987 Yılları arasında Eskişehir Hava Hastahanesinde 57 kronik otitis media kolesteatomalı olgu ameliyat edildi. Bu olgulara ait tüm bulgu ve sonuçlar tesbit edilerek literatür ile karşılaştırıldı. Kolesteatoma cerrahisindeki anlayışımız ve bir süredir tatbik ettiğimiz muskulofasiaperiostal fleb ile radikal kavitenin parsiyel obliterasyonu tekniği ile ilgili tecrübelerimiz sunuldu.

SUMMARY

Preoperative, operative and postoperative findings and analysis of results related to 57 patients with chronic otitis media with cholesteatoma.

57 patients with chronic otitis media with cholesteatoma were operated on in Air Force Hospital in Eskişehir between 1982-1987. All Findings and results relating to these patients have been established and compared with the literature. Our concept about cholesteatoma surgery and partial obliteration of the radical cavity with musculofacioperiostal fleb which we have been involved in applying for sometime is represented.

GİRİŞ

Kolesteatomun ilk tarifi 1829 yılında Cruveilhier tarafından yapılmış olup lezyon patolojik olarak bir inklüzyon kisti olmasına rağmen otolojik terminolojide kolesteatom adıyla isimlendirilir. Normal olarak mukoza tarafından kuşatılmış orta kulağa epidermisin uzanması ve bunun rutubet ile proliferasyon kapasitesinin artması sonucu, orta kulak ve buna bağlı boşluklarda zaman içerisinde kolesteatom gelişir.

Kolesteatomun gelişme mekanizmasını izah eden üç önemli patojenik teori mevcuttur. En çok kabul edilen ve olguların çoğunu izah edeni imigrasyon teorisidir. Bugün artık primer ve sekonder attik kolesteatomaların patogenezi olarak imigrasyon teorisi gösterilmektedir (1).

Konjenital teori, olguların bir kısmını izah edebilir. Epidermoid elementlerin orta kulak içerisinde dağılım ile husule gelirler ve nadir görülürler (2,3,4,5,6).

Üçüncü patojenik teori Metaplazidir. Bu teoriye göre, schrapnel zarının epidermisindeki bazal hücrelerin üreme potansiyeli ve kronik iltihabın bu üremeyi stimüle etmesiyle gelişen hazırlayıcı faktörler, hiposellüler pnematizasyonun da kolaylaştırıcı etkisiyle, kulak zarı veya kulak yolunun derisi orta kulağa doğru uzanarak kolesteatomun meydana gelmesine sebep olur (5,7,8,9).

Konjenital ve metaplazi teorileri için yapılan araştırmalarda bu teorilerle izah edilebilen olguların mevcut olduğunu ancak sayılarının az olduğu tesbit edilmiştir. Halbuki kolesteatom çok daha sık görülmekte olup olguların çoğu imigrasyon teorisi ile izah edilebilmektedir (10-11).

Konjenital ve akkiz olmak üzere iki kısma ayrılan orta kulak kolesteatomlarından akkiz kolesteatomunda primer ve sekonder tipleri mevcut olup, bunların gelişme zincirleri Fisch tarafından tarif edilmiştir (10).

1970'li yılların başından beri kulak cerrahlarının artan bir sayıda, arka dış kulak

(*) 600 Yt. Hv. Hst. ESKİŞEHİR H. Tbp. Yb. K.B.B. Uzmanı

yolunu bırakmaları sonunda Plester'in 1979'da Berlin kongresinde işaret ettiği gibi, olguların hemen yarısında kaviteri dolduran nüks koesteatomları görülmeye başlandı (12). Sâde, 1. internasyonel kolesteatom kongresindeki bir bildirisinde, 1962-1966 yılları arasında %87.5 oranında kapalı tekniği kullanmalarına karşın modifiye radikal mastoidektomiye hiç kullanmadıklarını, klasik radikal operasyonda %2 olguya tatbik ettiklerini ve nüks oranlarının da %39 olduğunu belirtmiştir (1).

Sorunun bu kadar risk boyutlarına ulaşmasındaki temel nedenlerin başında, attik ve anteriör epitimpanumun önemli rolünün dikkate alınmayışı gelmektedir. Fisch, Mallesun başı ile İncusun yerinde bırakılmasıyla yapılan ameliyatlarda 3 yıl sonraki kontrollerinde %24 olguda posterosüperiör ve attik retraksionları gördüklerini, halbuki sistemik epitimpanektomi yapılan olgularda ise bu oranın %7.8'e kadar düştüğünü bildirmektedir (10). Ayrıca hastanın yaşı, kişiliği, tuba fonksiyonlarının yetersiz oluşu, kolesteatomun yayılışı ve mastoid kemiğin pnematizasyonu kapalı teknikte kolesteatoma cerrahisi yapılacağı zaman göz önünde bulundurulması gereken diğer önemli faktörlerdir (12).

Kolesteatoma cerrahisinde kullanılan en eski teknik klasik radikal operasyondur. Prensipte olarak klasik radikal operasyon gibi hiç bir ameliyat yoktur ki orta kulak iltihabının kötü neticelerinden hastayı bu kadar emniyetle koruyabilsin. Radikal operasyondan amaç, hastalıklı kemik duvarların işitme dikkate almaksızın frezlenmiş, orta kulak ve buna bağlı boşlukları bir bütün haline getirerek geniş bir meatoplastiyle kendini temizleyen, dışarı açık bir kavite yapmaktır. Terminolojiye saygı gösterip adının icap ettirdiği radikalliğe uymak bu ameliyatta bizi başarıya götürecek en büyük unsurdur. Fisch (1980), eğer radikal bir kaviteden hala akıntı oluyorsa bu ameliyatın değil operatörün hatasından doğabileceğini belirtmektedir (10).

Çekiç ve guj yerine sulayıp aspire edebilen cihazların, mikromotorlu frezlerin ve operasyon mikroskoplarının kullanılmaya başlanılmasından sonra mastoid boşluğa şekil verme geniş ölçüde değişikliğe uğramıştır. "Evidman tahripkâr bir ameliyattır" serzenişlerinden uzaklaşmak isteğiyle çok sayıda modifikasyon geliştirmiştir. Radikal ameliyatlardan sonra orta kulak boşluğu hazırlamak ve timpanoplasti yaparak işitmenin fonksiyonel olarak düzeltilmesi amaç edinilmiş ve böylelikle modifiye edilmiş radikal mastoidektomi ve timpanoplasti ameliyatları yani açık teknik ameliyatları başlatılmıştır. Bu operasyonlarda işitime kemikciklerinin bırakılması, kulak zarında pars Tensa'nın bırakılması, orta kulakta ses iletiminin yeniden kurulması gibi işitmeyi muhafaza etmek veya iyileştirmek amaçları güdülmektedir. Ancak bunları yaparken maalesef çoğu zaman radikal ameliyatlardan daha konservatif davranma, sıklıkla meatoplastiden vazgeçme vs. gibi sebeplerle revizyon edilmesi gereken kulaklarda o oranda çoğalmıştır (13).

Radikal ameliyatlardan sonra uzun süre pansuman yapılma zorunluğu, kavitenin postoperatif dönemde daha az bakıma ihtiyacı olması düşünceleriyle mastoid kavitenin obliterasyonu için farklı materyeller kullanılmaya başlanılmıştır. Periost-fasia, adele, yağ dokusu, muskulofasiaperiost, kemik, kıkırdak gibi canlı dokularla trikalsiyumfosfat seramik, hidroksil apatit gibi bioreaktifler bunların arasında sayılır (12,13,14,15,16,17).

Bu çalışma, 6 yıl süresince Eskişehir Hava Hastanesinde kolesteatomatoza tanısıyla ameliyat edilen 57 olguya ait ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası bulguları ve sonuçları analize etmek suretiyle kolesteatom cerrahisindeki kişisel tecrübemizi sunmak, çıkan sonuçları diğer otörlerin fikir ve verileriyle karşılaştırmak, henüz ortak bir cerrahi fikir birliğine varılmamış bu konuya, aynı operatör tarafından ameliyat edilerek 2-7 yıl süresince postoperatif kontrolleri yapılan olgularla yardımcı olabilmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

1982-1987 yılları arasında Eskişehir Hava Hastanesinde 57 olgu Kronik otitis media tanısıyla ameliyat edildi. Olguların en küçüğü 6, en büyüğü 60 yaşında olup, yaş ortalaması 26.1 olarak belirlendi. Cinsiyetlerine göre dağılım yapıldığında, olgularımızın 32'si (%56) erkek, 25'i (%44) kadındı. Olgularımızın 7 tanesini yaşları 6-15 arasında olan çocukluk çağı kolesteatomu oluşturmaktaydı.

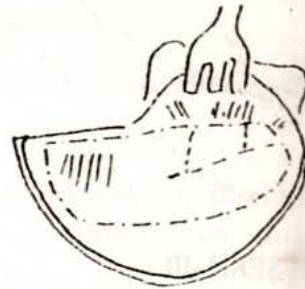
Olgularımızın 40'ında açık teknik, 8'inde kapalı teknik, 6'sında klasik radikal operasyon, 3'ünde de epitimpanektomi ve timpanoplasti ameliyatları tatbik olundu.

Tüm hastalarımız genel anestezi altında ameliyat edildiler ve operasyona başlarken retroauriküler saçlı deri hizasından insizyon yapıldı. Muskulofasiaperiostal fleb kullanılacak olgularda, bu klasik retroauriküler insizyonumuzun yukarıdaki bitim noktasından, daha evvel traşı yapılmış parietal bölgeye doğru 3-4 cm. kadar dik, ilave bir kesi yapılmaktadır (Şekil 1). Cilt altında ise Şekil-2'de görüleceği üzere periost fleb ile muskulofasiaperiostal fleb kullanılacak olgularda farklı insizyonlar yapılmaktadır. Muskulofasiaperiostal fleb, yukarıdan itibaren prosessus mastoideusa kadar kraniumdan eleve edilerek, bu işlemin sonunda prosessus mastoideus üzerindeki yumuşak dokuya saplı, 2-3 cm. genişliğinde, 7-10 cm. uzunluğunda ölçülere sahip bir görünüm arz etmektedir.



--- NORMAL CİLT İNSIZYONU
---- MUSKULO - FASIAPERİOST FLEB'DE
KULLANILAN CİLT İNSIZYONU

ŞEKİL-I
Cilt insizyonları



--- PERİOST FLEB
---- MUSKULO FASIAPERİOST FLEB

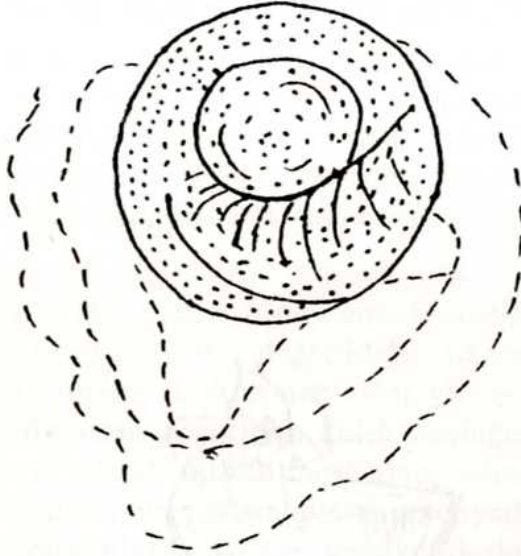
ŞEKİL-II
Periost ve muskulofasiaperiostal
fleb'de insizyon.

Böylelikle planum mastoideum ortaya konulmakta ve dış kulakyolu arka duvar derisi Henle dikenli hizasında saat 6-12 hizasında kesilerek eklemli retraktörler yerleştirilmektedir. Bunun akabinde dışkulak yolu derisi saat 6 istikametinde saplı, fleb tarzında dışarı alınmaktadır. Daha sonraki işlem kemik çalışmaları olup olgularımızda Fisch'in belirlediği düzen ve teknik kullanılmaktadır (10).

Kolesteatom cerrahisinin esasını teşkil eden radikal mastoidektomi ameliyatını başarılı bir şekilde bitirmek için aşağıdaki kuralların yerine getirilmesi gerekmektedir (13).

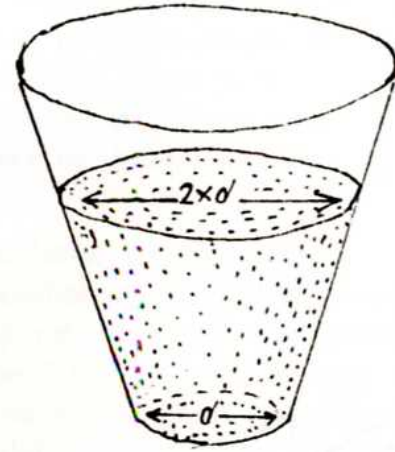
1. İnsizyon retroauriküler ve saçlı deri hizasından yapılmalı, böylelikle sinüs arkası, üstü vs. gibi ulaşabilinmesi diğer insizyonlarla güç olabilecek hücrelerin tam anlamıyla temizlenmesi imkanı doğabileceği gibi ayrıca insizyon yerinin de zaman içerisinde kavitenin içerisine çökmesini de engelleyecektir.

2. Kavite bir su kovası gibi dar, ağzı geniş olmalıdır. Kavitenin duvarlarına karşı taşan bir şekil vermeli bunun için kavitenin çevresindeki kemikler mümkün olduğu ölçüde radikal kaldırılarak böylece kavitenin volümü küçültülmelidir. Kavite ağzının çapı dip kısmının çapından en az iki misli büyük olmalıdır (Şekil 3-4).



ŞEKİL-III

Kavitenin duvarlarına dışarı taşan bir şekil verilmeli, volüm küçültülmeli



ŞEKİL-IV

Kavite bir su kovası gibi dibi dar ağzı geniş olmalıdır

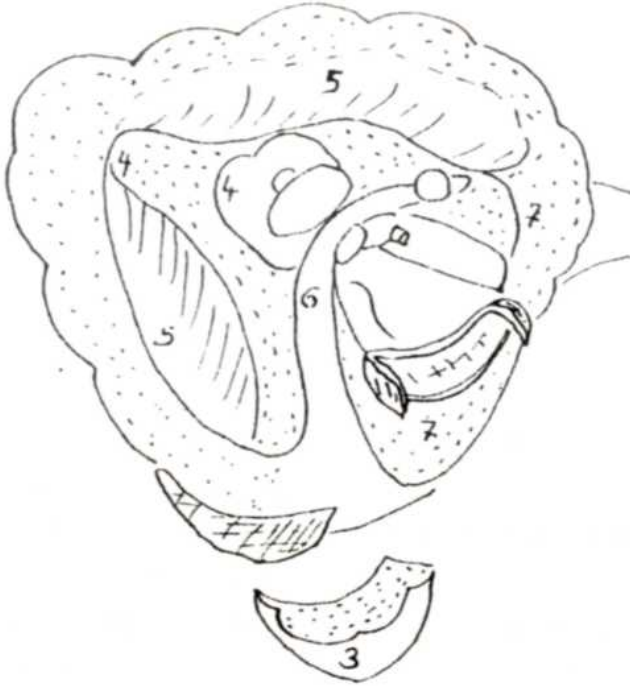
3. Prosesus mastoideus digastrik adeleye kadar indirilerek ortadan kaldırılmalıdır (Şekil-5).

4. Epitimpanium, pro. mastoideus, sinüs arkası ve üstü, sinodural köşe, retrofasial, supralabirentin, retrolabirentin hücreler radikal olarak temizlenmelidir (Şekil 5).

5. Kavitenin kemik duvarlarında hiçbir çıkıntı bırakmamalı, orta kafa çukuru ve sinüs sigmoideus su altında mavi iz görülünceye kadar iskelitize edilmelidir (Şekil 5).

6. Fasial spornu fallop kanalının mastoid segmentteki seviyesine kadar indirilmelidir. Massif fasial, orta kulak boşluğu ve mastoid kavite arasında tümsek teşkil etmiyecek şekilde bol su altında elmas tur uçlarıyla indirilmelidir (Şekil 5).

7. Dış kulak yolunun ön ve alt duvarları frezlenerek genişletilmelidir (Şekil 5).



ŞEKİL-V

Radikal mastoidektomide dikkat edilmesi gereken önemli noktalar

3. Pro. Mast. kaldırılmalı.
4. Tüm hücreler radikal temizlenmeli.
5. Sinüs, orta kafa çukuru iskeletize edilmeli.
6. Massif fasial tümsek olmayacak şekilde indirilmeli.
7. Dış kulak yolu alt ve ön duvarı genişletilmelidir.
8. Timpanoplasti yapılacak olgularda tuba ağzının üzerindeki bir seviyede üst, ön ve alt duvarlara elmas turucularla yeni sulkus timpanikus yapılmalıdır. Tuba östakinin havalandırdığı oda mezo ve hipotimpanumla sınırlandırılmalıdır.
9. Meatoplasti operasyon boşluğunu en iyi havalandıracak şekilde, mea çevresinden kıkırdak çıkarmak kaydıyla genişçe yapılmalıdır.

Yukarıda anlatılan düzen ve anlayış içerisinde ameliyat edilen olgularımızdan açık teknik kullanılanlarda ortalama postoperatif pansuman devresi birbuçuk ay, kapalı teknik kullanılan olgularda ise bir ay sürmektedir. Pansumanlarda Castellani solüsyonu, Borik asit tozu, Terracortril pomat, zaman zamanda antibiyotikli kulak damlaları kullanılmaktadır. Ayrıca bu devrede hastalarımıza rutin olarak antibiyotik [(Sulfamethoxazol) trimethoprim, Ofloxacin]), antiflojistik, antihistaminik verilmektedir (10-18-19).

Hastalarımız postoperatif dönemde senede 4 kez kontrole çağrılmaktadır.

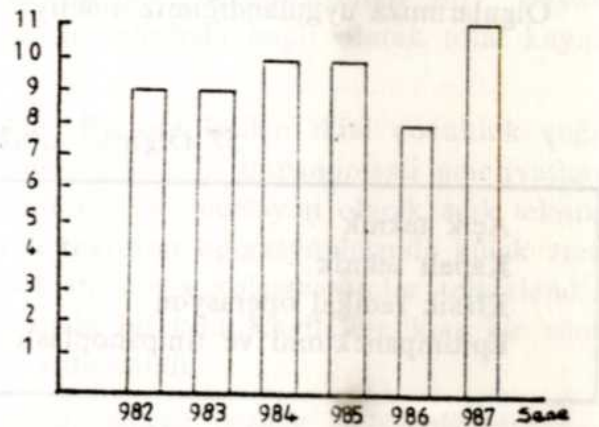
BULGULAR

Ameliyat edilen 57 olgunun senelere göre dağılımı (Grafik-1), ameliyat öncesi devreye ait hastaların kulaklarındaki akıntının durumu (Tablo-1) ve kulak zarlarındaki perforasyonların yerleri (Tablo-2) aşağı gösterilmiştir.

SİK	47
ARADA	8
YOK	2

GRAFİK-1

57 olgunun senelere göre dağılımı



TABLO-1

Olgularda preoperatif devrede kulak akıntısı sıklığı

TABLO 2
57 olguya ait perforasyonların yerleri

Schrapnel zarında perforasyon	11 Olguda	%19
Arka kenar perforasyonu	21 Olguda	%37
Merkezi perforasyon	13 Olguda	%23
Total perforasyon	10 Olguda	%18
Ön kenar perforasyonu	1 Olguda	
İntakt	1 Olguda	

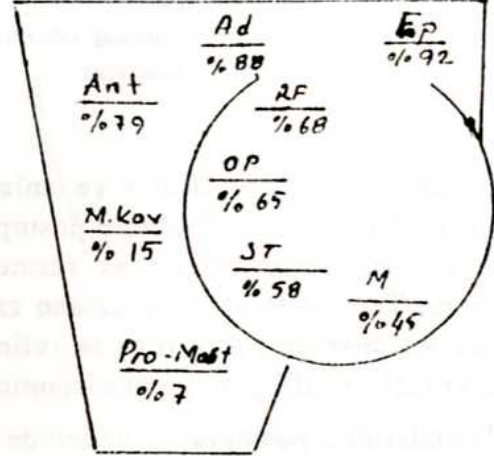
52 olguda tuba östaki açık bulundu. Bilateral schüller radyografilerde tüm havalı hücrelerde kapalılık görüldü. Olguların 48'inde hastalıklı orta kulak mukozası, 8'inde iltihabi ve sklerotik, birinde de makroskopik olarak sağlıklı mukoza tespit edildi.

Ameliyat sırasında tesbit edilen işitme kemikciklerinin durumu ve kolesteatomların lokalizasyonları Tablo-3 ve Şekil-6 da verilmiştir.

	NORMAL	ARODE	FIKSE	YOK
MALLEUS	17	16	6	18
INCUS	5	28	3	21
STAPES SUPRASTR	38	3		16
STAPES TABANI	55		2	

TABLO-3

İşitme kemikciklerinin durumu



ŞEKİL-6

Olgulara ait kolesteatomların lokalizasyonu

Olgularımıza uyguladığımız ameliyat teknikleri şöyledir (Tablo-4).

TABLO-4
57 Olguya ait uygulanan ameliyat teknikleri

Açık teknik	40 olguya	%70
Kapalı teknik	8 olguya	%14
Klasik radikal operasyon	6 olguya	%11
Epitimpanektomi ve timpanoplasti	3 olguya	%5

Açık teknikle ameliyat edilen 40 olgudan 29'unda kavite obliterasyonu için Palva fleb (Periost-fasia) kullanıldı. 1986 yılının ikinci yarısından itibaren bu maksatla muskulofasiaperiostal fleb ile kavitenin parsiyel obliterasyon tekniğini kullanmaktayız.

Timpanoplastilerde materyel olarak 44 olguda temporal adeleden alınan taze fascia, 7 olguda da Sheehy'nin vena presinde sıkıştırılmış tragusundan alınan perikondrium kullanıldı. Perikondriumu kapalı teknik uyguladığımız olguların timpanoplastileri sırasında, perforasyon kulak zarının 1/3'ünden büyük olduğu veya tuba ağzı üzerinde bulunduğu hallerde kullanmayı tercih ettik (15).

51 olguda orta kulak boşluğu yapıldı ve bunların tümünde 1 mm. kalınlığında, östaki ağzına uzanacak tarzda kesilmiş silastik orta kulağa yerleştirildi. Yapılan timpanoplastilerin 29'unda (%57) overlay teknik, 22'sinde underlay teknik (%43) kullanıldı. 30 olguya timpanoplasti tip-III, 8 olguya incus interpozisyonu, Suprastrüktürü bulunmayan 13 olguda da oval pencere üzerine silastik kama kesilerek fonksiyonel açıdan iletim sağlanmaya çalışıldı.

Operasyon sırasında görülen komplikasyonlar ise şöyledir (Tablo-5).

TABLO-5

57 Olguya ait ameliyat sırasında görülen kolesteatoma bağlı komplikasyonlar

Fallop kanalında açıklık (iki olguda paralizi)	9 olgu	%16
Sinüs sigmoideusta açıklık	8 olgu	%14
Durada açıklık	6 olgu	%11
Lateral semisirküler kanalda fistül	3 olgu	%5

Fallop kanalının timpanal segmentinde açıklık gösteren 9 olgunun bir tanesinde kulak zarı intaktı, hikayesinde herhangi bir kulak iltihabı şikayeti de olmayan hasta konjenital kolesteatoma olarak değerlendirildi ve bu olguda fasial sinirin timpanal segmente kopuk olduğu gözlemlendi. Diğer bir preoperatif fasial paralizi komplikasyonu ile birlikte ameliyat edilen olgumuzda ise postoperatif bir ay içerisinde tamamen fasial sinir fonksiyonlarının düzeldiği görüldü. Fallop kanalda açıklık gösteren diğer 8 olgumuzun 2'sinde arka kenar perforasyonu, 6'sında da Schrapnel bölümünde perforasyon tesbit olundu.

Postoperatif komplikasyon olarak sadece konjenital kolesteatomalı bir bayan hastamızda lateral semisirküler kanalda ileri derece tahribata bağlı olarak total kayıp ortaya çıktı.

7 olguda (%13,7) nüks kolesteatoma görüldü. Bu olgulardan ikisi çocukluk çağı kolesteatomuydu. İlk operasyonlarında radikal mastoidektomi, timpanoplasti ameliyatları tatbik olunmuştu. Nüks gösteren diğer 5 olgumuzda da ilk operasyon olarak açık teknik kullanılmıştı. Tüm bu nüks gösteren yedi olgunun revizyon operasyonlarında kulak zarı bakiyesi Belluci makası ile kesilip dışarı alındıktan sonra kolesteatomlar temizlendi, tekrar timpanoplasti yapılmadan klasik radikal tarzda bırakıldı. Kavitelere kısa bir süre kapalı pansuman yapılarak tekrar sağlıklı kaviteler elde edildi.

Kavitelerde yapılan hacim ölçümleri sonucunda, sadece periost fleb kullandığımız olguların dört yıl sonraki kontrolleri sırasında ortalama 2,3 cm³ lük bir hacim tesbit olundu. Muskulofasiaperiostal fleb kullanılan olguların iki yıl sonraki kontrollerinde ise

tesbit edilen ortalama hacim miktarı 1 cm³ dü. Kullanılan obliterasyon materyellerinin alan olarak karşılaştırılması yapıldığında muskulofasiaperiostal fleb'in iki misli büyük olduğu bir hakikattir.

Kapalı teknikle ameliyat edilen 8 olgunun 5 tanesinde ve epitimpanektomi, timpanoplasti yapılan 3 olguda, işitmenin rekonstrüksiyonu için incus interpozisyonu tatbik olundu (10). Bu olgularda elde olunan ortalama kazanç 25 dB olarak bulundu. Timpanoplasti tip-III yapılan 3 kapalı teknik ve 27 açık teknik operasyonlarının sonucunda ise tesbit olunan ortalama kazanç aynı olup 20 dB'di. Stapes suprastrüktürü bulunmayan 13 olguda rekonstrüksiyon amacıyla oval pencere yerleştirilen kama şeklindeki silastik parçalardan istifade edildi. Bu olgularda postoperatif kazanç ortalama 10 dB kadardı. Bu 13 olgunun 6 tanesine altı ay ile bir yıl sonraki zaman süreçleri içerisinde Fisch'in Torp protezi tatbik olundu. Postoperatif üç ay sonraki kontrollerinde 25 dB lik kazanç elde edildiği tesbit olundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kolesteatom ile ilgili bildirimlerin bu bölümlerinde genellikle tartışmaya getirilen konular ameliyat teknikleri ve nüks olgular üzerinde yoğunluk kazanmaktadır.

1970 li yıllarda sıklıkla tatbik olunan kapalı teknikle ameliyatların sonucunda çok sayıda nüks olgusuyla karşılaşmıştır. Bu oran %30 civarında olup, açık teknikle ameliyat edilen olgularda görülen nüks oranlarının iki mislisi kadardır. Kronik otitis media ve bazı seçilmiş kolesteatomalı olgularda evvelce bahsedilen bazı önemli kurallara da uyulması kaydıyla kapalı teknikle ameliyat, gerek daha az tahripkar olması ve gerekse postoperatif dönemde kavite bakımına ihtiyaç göstermemesi nedenleriyle tercih edilmektedir. Kapalı teknik uyguladığımız 8 olgu ile epitimpanektomi, timpanoplasti uyguladığımız 3 olguda nüks görülmedi. Kolesteatoma cerrahisinde gerek kapalı ve gerekse açık teknik olsun olgulara altı ay veya bir yıl sonra nüks kolesteatomaların erken teşhis ve tedavisi, ayrıca aynı seansta işitmenin iyileştirilmesi için bir takım önlemlerin alınması maksadıyla "second-look" operasyonunun yapılmasında büyük fayda görmekteyiz. Ancak maalesef olgularımızın çok azı tarafından ikinci bir operasyonun kabul edildiğini gözledik. Bu nedenle de residüel kolesteatomlar yönünden gerçeği ne kadar bildirdiğimiz konusunda şüphe taşımaktayız.

Kapalı teknikle yapılan kolesteatom cerrahilerinden sonra görülen nüks oranları değişik otörlere göre şöyledir: Akyıldız %41, Brown %45, Chilla %30, Dequine %47, Fisch %9.5, Sade %39, Sheehy %25 (1, 10, 20, 21, 22, 23, 24). Smith, kapalı tekniğin en hararetli savunucusu olmasına rağmen nüks oranlarını fazla görmesi nedeniyle kapalı tekniğin kolesteatoma cerrahisinde uygun bir yöntem olmadığını bildirmektedir (25). Tos, modifiye edilmiş "İntakt wall teknik" ile ufak kortikal mastoidektomi ve epitimpanektomi yaptıklarını, %7 rezidüel ve %2 rezidiv kolesteatoma gördüklerini, bu nedenle kapalı tekniğin emin bir metod olmadığını, bir süre sonra "second-look" yapılması gerektiğini bildirmektedir (26). Sheehy, kapalı tekniğin büyük avantajının postoperatif kavite sorununun olmayışı, dezavantajının da nüks görülmesi nedeniyle hastaların çoğunda ikinci bir operasyona ihtiyaç duyulması gerektiğinden söz etmiştir (24).

Modifiye radikal mastoidektomi ve timpanoplasti uyguladığımız olgular %70 ile birinci sırayı almaktadır. Bunlardan 7'sinde (%13.7) nüks teşekkül etmiştir. Bu olgulardan iki tanesi çocukluk çağı kolesteatomuydu. Janke ve Falk, çocukluk çağı kolesteatomuyla ilgili yazılarında 117 olguluk serilerinden %50'sinin kapalı teknik, %50'sinin de açık teknikle ameliyat edildiklerini ve tüm olgularına timpanoplasti yaptıklarını, görülen

oranının %8.5 olduğunu bildirmişlerdir (27). Palva, 65 kolesteatomlu çocuktan 5'inde nüks gördüklerini ancak beş yıllık ortalama takip süresinin yeterli olmadığını bildirmektedir (16). Çocukluk devri kolesteatomlarının çok süratle gelişmesi ve fazla nüks yapma eğilimi nedeniyle açık teknikle ameliyat yapılması genel kanıdır (28). Bir yıl sonra da "second-look" operasyonunun tatbiki hem nüks kolesteatomların erken teşhisi ve tedavisi hemde işitmenin rekonstrüksiyonu açısından uygun görülmektedir. Fisch, açık teknikle ameliyat ettiği olgularda %7.5 oranında nüks gördüğünü bildirmektedir (10) Chilla, 137 olguluk süresinden %61.4 'üne klasik radikal mastoidektomi yaptığını, 19(%13.9) olguda rezidiv gördüğünü, timpanoplasti yaptığı 55 radikal mastoidektomili olguda ise %14.5 oranında nüks gördüğünü bildirmiştir (22).

Klasik radikal mastoidektomi uyguladığımız olgu sayısı 6 (%11) adettir. Bunlardan ikisi yaşlı, diğer dört hastamızda da ileri derecede sensorineural işitme kaybı mevcuttu. Bu olgulardan birisi de konjenital kolesteatomalı bayan hastamızdı. Fisch, geniş destrüksiyon yapan konjenital kolesteatomalı olgularda subtotal petrosektomi yapılması gerektiğini, ancak böyle bir operasyonla sürekli şifa sağlanabileceğini ayrıca aynı ameliyatta fasial siniri uzatarak rekonstrükde edilmesinin mümkün olduğunu bildirmektedir (29).

Son 15 yıldır kolesteatoma cerrahisi ile ilgili bildirimlerde dikkati çeken noktalardan biri de klasik radikal operasyonun kolesteatoma cerrahisinde önceki yıllara oranla nisbeten daha fazla yapılmaya başlanmış olunmasıdır. Özellikle ülkemiz şartlarında hastaların hekime geç başvurmaları nedeniyle genellikle büyük hatta otoevide kulaklarla karşılaşılması ve de postoperatif dönemde ise Kahramanyolun'un yazısında bildirdiği gibi hastaların işitme fonksiyonundan çok akmayan stabil bir kulak sahibi olmak isteği daha fazla radikal mastoidektomi yapmayı doğuran sebepler arasındadır (15). Akyıldız, 113 olguluk serilerinden 38'ine (%34) radikal mastoidektomi yaptıklarını bildirmektedir (20).

Bir süredir kolesteatoma cerrahisinde uyguladığımız ve iki yıllık bir süre içerisindeki kontrollerimizde sorun görmediğimiz modifiye radikal mastoidektomi, timpanoplasti, meatoplasti, muskulofasiaperiostal fleb ile kavitenin parsiyel obliterasyonu ameliyat amaç olarak kolesteatoma cerrahisinden istenilen o bakıma olabildiğince az ihtiyacı olan, orta kulağı hazırlanmış ve böylece fonksiyonel yönden işlem görmüş veya görebilme şansı olan, rekürrens olasılığı aza indirgenmiş stabil bir kulak olma gibi birçok unsur bünyesinde bulundurmaktadır. Adele fleblerinin zaman içerisinde atrofiye olması gibi iddiaların yanında (15-30) Fisch, Hoşal, Palva, Tos gibi otörlerde aksini savunmuşlardır (13, 14, 16, 26). Biz de kendi olgularımızda gerek nüks kolesteatoma ve gerekse adele fleb'inin atrofiye açısından kontrol süremizin yetersiz olduğunu kabul etmekle birlikte, iki yıllık kontrol süremiz boyunca bu güne kadar nüks görmeyişimizin yanında kavitelerin hacim ve görünüm açısından sağlıklı yapılarını muhafaza ettiklerini tesbit ettik.

KAYNAKLAR

1. Sade, J.: Postoperative cholesteatom recurrence. In (cholesteatoma 1. Int. Conf) Aesculapius Publ. Co. Sayfa: 384-389, 1977.
2. Altmann, F.: HNO-Heilkunde. Kleines Handbuch Bd.3, 1:655, Thieme, Stutgard, 1965.
3. Curtis, A.W.: Congenital middle ear cholesteatoma. Laryngoscope 89, 1979.
4. Derlackı, E.L.: Etiological aspects in congenital cholesteatoma. In (Mc. Cabe, Sade, Abrahamson) 1.St: Int. Cong. on cholesteatoma. Aesculapius, Birmingham, Alabama. Publ. Co., Sayfa: 385, 1977.
5. Friedmann, I.: Pathology of the ear. Blackwell scientific publication. Sayfa 83-109, 1974.
6. Pfaltz, C.R., Redlı, M.: Occult cholesteatoma of the middle ear. ORL, 40, 23-31, 1978.

7. Mackenzie, J.E.: Factors influencing the movement of epithelial cells. In (Cholesteatoma 1. St. Int. Conf). Aesculapius, Birmingham, Alabama, Publ. Co. Sayfa: 77-81, 1977.
8. Nager, G.L.: Cholesteatoma of the middle ear. Pathogenesis and surgical indication. In (cholesteatoma 1. int. Conf.) Aesculapius, Birmingham, Alabama, Publ. Co. Sayfa: 192-203. 1977.
9. Sade, J.: Pathogenesis of the attic cholesteatoma. In (Cholesteatoma 1. int. Conf.) Aesculapius Publ. Co. Sayfa: 212-232, 1977.
10. Fisch, U.: Tympanoplasty and Stapedectomy. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York. Sayfa: 36-57, 1980.
11. Rhedi, L.: Pathogenesis and surgical treatment of the middle ear cholesteatoma. Acta otolaryngologica. Supp. 361, 1978.
12. Janke, K.: Fortschritte der Mikrochirurgie des Mittelohres. Hno 35, 1-13, 1987.
13. Fisch, L., Vettovaglia, L.: Radikal Operation: Eine Schwierige Operation? Verlag Hans Huber. Bern, Stuttgart, Toronto, Orl. 11 Sayfa 238-243, 1988.
14. Hoşal, N., Turan, E.: Timpanoplastide arka duvar rekonstrüksiyonu ve kavite obliterasyonu. Türk Otolaringoloji Arşivi. Vol 25, sayı 1, Sayfa 106-110, 1987.
15. Kahramanyol, M: Radikal Mastoidektomide postorikular Fasia-periost flebi ile sağlıklı kavitenin elde edilmesi. GATA Bülteni 30, Sayfa: 649-663, 1988.
16. Palva, T., Palva, A., Karja, J.: Muskuloperiostal flap in Cavity obliteration. Histopathological study seven years operativly. Arch. otolaryngol. 95, 172-177, 1972.
17. Zöllner, Ch., Et. al.: Verödung des Werzenfortsatzes mit poröser Trikalzium-phosphatkeramik. Laryngol Rhinol. 62, 106-111, 1983.
18. Kley, W.: Nachbehandlung und nachsorge nach hörverbessermden Operation. HNO, 36, 175-178, 1988.
19. Oberascher, G., Karas, Ch.: Ofloxilin zur behandlung von Pyocynus in infektionen des Ohres. HNO, 36, 230-233, 1988.
20. Akyıldız ve Ark.: Kolesteatoma cerrahisi. Türk Otolaringoloji Arşivi Vol 25, Sayı 1, Sayfa: 85-92, 1987.
21. Brown, J.J.: A ten year statistical follow up of 1142 consecutive cases of cholesteatoma: The closed v. the open technique: 92, Sayfa: 390-396, 1982.
22. Chilla, R., Schroder, M.: Rezidivrate und Hörvermögen nach operativer Behandlung von Mittelohrcholesteatoman mit und ohne Erhalt der hinteren Gehörgangwand. HNO, 28, 1-9, 1980.
23. Dequine, C.: Longterm result in cholesteatoma surgery. Clinical Otolaryngology 3: 301-310, 1978.
24. Scheery, J.L., Crabtree J.A.: Tympanoplasty staging the operation. Laryngoscope 83, 1594-1621, 1973.
25. Smith, G.D.L.: Longterm result in tympanic reconstruction. J. Laryngol. Otol. 90, 597, 1976.
26. TOS, M.: Die operative Therapie der chronischen otitis media und des Mittelohr-cholesteatoma mit erhaltung der hinteren gehörgangswand. (Intact wall techniquen) HNO 26, 217-223, 1978.
27. Jahnke, V., Falk, W.: Zur Klinik pathologie und Behandlung des cholesteatoms in Kindesalter. Laryngol. Rhinol. 55, Sayfa: 556-560, 1976.
28. Kaya, S., Apaydın, N.: Çocuklarda timpanoplasti. Türk Otolaringoloji Arşivi, Vol 25, 26 Sayı 1, Sayfa 122-128, 1987.
29. Fisch, U., Escher, F.: Kongenital Felsenbeincholesteatom. HNO. 30, 25-29, 1979.
30. Donal, P.J.: Musculoplasty for mastoid cavity obliteration in the Capucine Monkey. Trans. Amer. Acad. Ophthalmol and Otolaryngol. 80: 557-585, 1975.