

hastalık proçesinin çıkarılmasından sonra işitme restorasyonu için yeniden yapılır.

Gerçek Radikal Mastoidektomi, sadece ölü bir kulağa sahip hastada, orta kulak boşluğunun yeniden havalanma ihtimali minimal olan, tuba östakinin fonksiyonunun çok kötü olması gibi rekonstriksiyon ile işitme restorasyonunun mümkün olmadığı durumlarda endikedir.

Bu vakalarda, kolesteatom sıklıkla orta kulak ve tuba östakiyi tutmuştur. İdeal olarak geniş kolesteatom ile birlikte küçük, sklerotik bir mastoidi vardır.

Bugün gerçek Radikal Mastoidektomi, nörosensöryel işitme kaybı veya tubal disfonksiyondan kaynaklanan kronik infeksiyon la sonuçlanan, tam olmayan önceki cerrahi işlemler nedeniyle ortaya çıkan kronik infeksiyonları ortadan kaldırmak için son revizyon ameliyatı olarak sıklıkla kullanılır. Stapes üzerindeki yapılar ve oval pencere etrafındaki mukoza hariç, tüm kemikcikler ve müköz yapılar orta kulak boşluğundan çıkarılmalıdır (17).

Sonuç olarak, kolesteatomun çıkarılması için bir operasyon planlanırken, hastalık proçesinin genişliği, mastoidin gelişimi, orta kulağın durumu, kemikcik zincirinin durumu, işitme restorasyonunun olasılığı gözönünde tutulmalıdır. Bu medikal durumlara ilave olarak, postoperatif bakıma uymada ve izlemede hastanın yeteneğinde aynı zamanda gözönüne alınmalıdır. Herbir cerrahi işlem, spesifik endikasyona ve bu bulguların temelinde sınırlamalara sahiptir.

Bugünkü Otolojik cerrahide, kolesteatomun çıkarılması için gerekli en iyi görüşü verecek ve m. timpani ile orta kulağın mevcut olan rekonstriksiyonuna izin veren herbir hasta için en iyi yaklaşım seçilmelidir.

REKÜRRAN VE RESİDÜEL PATOLOJİ

Recidivism kolesteatomunun bildirilen insidansı, geniş olarak değişir. Ortalama oranı, %7 ile %50 arasında

değişmekle birlikte %17.7'dir

Attik kolesteatomunun çıkarılmasından sonra yeniden oluşan kolesteatom, reküran kolesteatom olmaya eğilimlidir. Pars tensa kolesteatomunun çıkarılmasından sonra yeniden oluşan kolesteatom ise, residüel kolesteatom olmaya meyillidir.

Reküran kolesteatom, epitimpanum ve mastoid antrumda ve daha sıklıkla mastoid kavitede bulunur. Genellikle, mastoid ve epitimpanum yapılarının sürekli havalanmasını sağlamak için yapılan primer operasyon sırasındaki yetmezlikten dolayı ortaya çıkar. Böylece, orta kulak ve epitimpanumdaki hiperplastik, irreversible mukozal değişiklikler ve sürekli tubal disfonksiyon, esas hastalığa yol açan aynı şartları destekleyebilir (43,44).

Reküran kolesteatom, çocuklarda yetişkinlerden daha fazla görülür. Bu insidans, çocuklarda %20 ve yetişkinlerde %12'dir.

Çocuklarda attik kolesteatom insidansı düşüktür. Bununla birlikte, reküran kolesteatom çocuklarda daha fazla inatçı olabilir.

Reküran kolesteatom, retraksiyon potansiyellerinden dolayı, Canal Wall Up işlemlerini izleyerek daha sıktır. Uygun bir şekilde uygulanmadığında ise, aynı zamanda Canal Wall Down işleminden sonrada oluşabilir.

Residüel kolesteatom, orta kulak, epitimpanum veya mastoidin herhangi bir yerinde bulunabilir. Ancak, mastoid kaviteden ziyade orta kulak boşluğunda daha sıklıkla bulunur. Orta kulak boşluğunda ise, 3 alan bu hastalığa daha eğilimlidir. Bu alanlar; sinüs timpani, oval pencere alanı ve anterior epitimpanumdur. Sinüs timpaniyi tutan hastalığın genişlemesi ile bu facial sinirin vertikal bölümünün medialine büyüyebilir. Bu alanda, kolay girilemeyen ve ve görülmesi güç olan bölgedir. Anterior epitimpanum, malleus başı ve anterior mukozal kıvrımlardan dolayı görünümü bloke olabilir. Perifacial, internal kulak kanalı

ve petröz apex hücreleri kolesteatom tarafından etkilen-
diği zaman, bu alanın operasyonu güçleşebilir. Facial sinir
üzerine taşan açıklık, mediale genişler veya stapes
kavisini örterse oval pencere kolesteatomunu çıkarmak güç
olabilir.

Residüel kolesteatom insidansı, en fazla 16-17
yaşlarında olup, %27'dir. Yetişkinlerde ise %12'dir. Residüel
kolesteatom insidansı çocuklarda yetişkinlerden fazla
olmasına rağmen, daha az agresiftir (36,44).

Rekürren ve residüel kolesteatom, ilk cerrahiden
birkaç yıl sonra ortaya çıkar. Lau ve Tos, postoperatif
olarak residüel hastalığı 8 yıl ve rekürren hastalığı ise,
14 yıl sonra ortaya çıktığını bildirdi (25).

C. Jansen ise bunu yetişkinlerde cerrahiden ortalama
5.2 yıl ve pediatrik hastalarda 2 yıl sonra izlendiğini
bildirdi (24). S. C. Parisier ve D. Edelstein, rekürrens
yetişkinlerde 4.25 yıl, çocuklarda 3.5 yıl, residüel
hastalığı ise, yetişkinlerde 2.5 yıl ve çocuklarda 1.5 yıl
sonra ortaya çıktığını yayınladılar (36).

Bunlar, esas hastalık tablosuna benzer işitme kaybı
ve kulak akıntısı gibi semptomları gösterir. Facial
paralizi, beyin absesi ve lateral sinüs trombozisi gibi
intrakranial komplikasyonlar nadirdir.

Genellikle teşhis, mikroskopik Otoskopide m. timpani
ve mastoidin rutin izleme muayeneleri sırasında yapılır.

Recidivismi önlemede ilave cerrahi teknikler olarak
tam bir mastoidektomi yapmak, malleus başı ile incus
corpusunun çıkartılması, adezyonu önlemek için Silastic
levha kullanımı ve tubal disfonksiyon oluşursa orta
kulağın yeniden havalanmasının sağlanması, eğer uzun süreli
havalanma gerekirse T tüp kullanılmalıdır.

Rekürren veya residüel hastalığın küçük lokalize
odakları, sıklıkla timpanotomi ve lokal eksizyon ile
çıkarılabilir. Bununla birlikte, residüel kolesteatomlu
vakaların çoğunda, stapes kemeri etrafı, sinüs timpani,

retrolabirenter ve perifacial bölümler gibi içine kolayca girilemeyen alanlar bulunur. Bu alanları ortaya koymak için, orta kulak explorasyonu ve revizyon mastoidektomi gerekebilir. Sıklıkla, önceki Canal Wall Up işlemi etkilenen yerleri ortaya koymak, kulağın kolay postoperatif inspeksiyonunu sağlamak ve recidivismin önlenmesi için Canal Wall Down işlemine dönüştürülür.

Petröz apex recidivism kolesteatomu tedavisinde, ya bir translabirentin transcochlear veya infratemporal fossa yaklaşımı gerekir(36).

MATERYAL VE METOD

Çalışmamız,1989-1992 yılları arasındaki 3 yıllık süre içinde kliniğimize yatırılarak cerrahi tedavi uygulanan,Kronik Otitis Medialı hastalardan,yapılan histopatolojik tetkiki Kolesteatom olarak gelen 44 Kolesteatomlu Kronik Otitis Medialı hastayı kapsadı.

Vakalarımız,aşağıdaki diagnostik protokole göre değerlendirildi;

- I-Anamnez,
- II-K.B.B. Muayenesi ve Klinik,
- III-Sistemik Muayene,
- IV-Laboratuvar,
 - Histopatoloji,
 - Odiometri,
 - Mikrobiyoloji,
 - Kan ve İdrar Tetkikleri,
 - Radyoloji,
- V-Diğer Muayeneler.

I-ANAMNEZ:Hasta hakkında tam bir değerlendirme yapabilmek için,dikkatli bir anamnez alındı.Bunun için, hastalara yaşı,başlıca şikayetinin ne olduğu,şikayetlerinin ne zamandan beri devam ettiği gibi sorular sorularak kaydedildi.Ayrıca,hastalara mevcut şikayetleri ile klinik tabloyu etkileyecek başka bir sistemik hastalığı olup olmadığı dikkatli olarak araştırıldı.

II-K.B.B. MUAYENESİ:Hastalara,gerektiğinde mikroskop yardımıyla birlikte Otoskopik muayeneleri,gerekli diapozon ve fısıltı muayeneleri ile Burun ve Boğaz muayeneleri yapıldı.

Otoskopik muayenede;m.timpanideki perforasyonun durumu ve yeri,akıntı varsa yapısı,görülebilen durumlarda orta kulaktaki patolojinin karakteri,kolesteatomun lokali-