



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLERİNİN KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Sümeyye GÜNDÜZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA – 2023



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLERİNİN KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Sümeyye GÜNDÜZ
ORCID:0000-0001-8770-8690**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA – 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları'nda Hasta Muayenesi	5
2.1.1. Kulak Muayenesi	5
2.1.2. Burun Muayenesi	10
2.1.3. Ağız ve Boğaz Muayenesi	13
2.1.4. Larinks, Hipofarinks ve Nazofarinks Muayenesi	16
2.1.5. Boyun Muayenesi	17
2.2. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları.....	19
2.2.1. Kulak Hastalıkları	19
2.2.2. Burun Hastalıkları.....	53
2.2.3. Orak Kavite ve Orofarinks Hastalıkları	66
2.2.4. Larinks Hastalıkları.....	79
2.2.5. Boyun Hastalıkları	83
2.2.6. Yabancı Cisimler	88
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	90
3.1. Araştırma Modeli	90
3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması	90
3.3. Verilerin İstatiksel Analizi.....	91
3.4. Etik Onay	92
4. BULGULAR.....	93
5. TARTIŞMA	108
6. SONUÇ.....	113
KAYNAKLAR	114

EKLER.....	121
EK-1. Etik Kurul Kararı.....	121



TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca gerek eğitimim gerek diğer tüm konularda destek ve katkılarını benden esirgemeyen, asistanlığım süresince salgın ve deprem gibi en sıkıntılı dönemlerde her zaman yardımını gördüğüm, engin bilgi ve tecrübelerini her fırsatta bize aktaran, hem bir hoca disiplini hem bir baba şefkati ile bölümü ve asistanlarını sahiplenen ve bize hekimliğiyle rol model olan sayın hocam ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK'a;

Aile hekimliği ihtisasımda süresince yardım ve desteklerini benden esirgemeyen ve tez çalışmamda konu bulmadan tezin sonuna kadar tüm aşamalarında bana yol gösterip ciddi katkılarda bulunan, güler yüzü ve samimiyetiyle rahatlıkla ulaşabildiğim, eğitimim ve desteğe ihtiyaç duyduğum tüm konularda yanımda duran, gerek çalışma azmi ve disipliniyle gerek anneliği ve ev hanımlığı yönüyle bir bayan olarak örnek aldığım değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK'e;

Aile hekimliği ihtisasımın son döneminde aramızda bulunan ve maalesef kısa bir süre zaman geçirebildiğimiz, burada bulunduğu kısa süre içinde dahi samimiyetiyle ve eğitimimize değerli katkılarıyla gönlümüzde yer eden sayın hocam Doç. Dr. Mehmet KAYHAN'a;

Asistanlık eğitimim boyunca beraber yol aldığımız ve uyumlu davranışları, samimiyetleri ve bana desteklerinden dolayı birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli çalışma arkadaşlarıma ve anabilim dalımızın değerli çalışanlarına;

Son olarak hayatımda ve eğitim sürecimde benden maddi manevi desteklerini hiçbir koşulda esirgemeyen ve her sıkıntıyı beraber göğüsleyip birlikte yol aldığımız değerli eşim Emrah'a ve varlığıyla en büyük neşe ve ilham kaynağımız olan canım kızım Ravza Betül'e;

Her koşulda yanımda ve arkamda duran, bugünlerimin en büyük mimarı olan sevgili annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sümeyye Gündüz

Malatya, 2023

ÖZET

Aile Hekimlerinin Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması

Amaç: Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde Kulak Burun Boğaz (KBB) hastalıkları rotasyonu bulunmamaktadır. Bu çalışmada aile hekimlerinin KBB hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerini araştırmak ve uzmanlık eğitiminde KBB hastalıkları rotasyonunun gerekliliğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel-tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, uzman aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimleri oluşturmaktadır. Ankette toplam 60 sorudan oluşan 3 bölüm yer almaktadır. İlk bölüm sosyodemografik bilgilerden, ikinci bölüm öz değerlendirme sorularından, üçüncü bölüm birinci basamakta sık karşılaşılan KBB hastalıklarına yönelik bilgi sorularından oluşmaktadır. Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 362 aile hekimi dahil edilmiştir. Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi alanların öz değerlendirme ve KBB bilgi puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Tıp fakültesinde ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veya pratiği sürecinde KBB eğitimi almamış olanların öz değerlendirme ve KBB bilgi puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. KBB ile ilgili almış oldukları eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olan katılımcıların öz değerlendirme ve KBB bilgi puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Aile hekimlerinde öz değerlendirme puanı ile KBB bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür.

Sonuç: Ülkemizde ve dünyada KBB hastalıkları birinci basamakta önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızda da elde ettiğimiz sonuçlara göre eğitim düzeyi iyi olan hekimlerin öz güvenleri ve yetkinliklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm bunlar birlikte ele alındığında aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi süreçlerinde ve hizmet içi seminerlerde KBB hastalıklarına ilişkin eğitimlerin zorunlu hale getirilmesinin faydalı olacağı kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, KBB Hastalıkları, Uzmanlık Eğitimi, Aile Hekimliği Rotasyonları

ABSTRACT

Investigation of Knowledge Levels of Family Physicians on Otorhinolaryngology

Objective: There is no rotation of Ear Nose Throat (ENT) diseases in Family Medicine speciality training. In this study, it was aimed to investigate the knowledge level of family physicians on ENT diseases and to reveal the necessity of ENT diseases rotation in speciality training.

Materials and Methods: Our research is a cross-sectional-descriptive survey study. The population of the research consists of family medicine speciality students, specialist family physicians and contracted family physicians. There are 3 sections in the questionnaire consisting of 60 questions in total. The first part consists of sociodemographic information, the second part consists of self-evaluation questions, and the third part consists of information questions about ENT diseases frequently encountered in primary care. Analyzes were evaluated in 22 package programs of SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL).

Results: A total of 362 family physicians were included in the study. After graduation, during in-service training or seminars, the self-assessment and ENT knowledge scores of those who received ENT training were found to be significantly higher. The self-assessment and ENT knowledge scores of those who did not receive ENT training in the faculty of medicine and during the family medicine residency training or practice were found to be significantly lower. The self-assessment and ENT knowledge scores of the participants, who pass a long time over the training they received on ENT, were found to be significantly lower. A positive and significant correlation was observed between the self-assessment score and the ENT knowledge score in family physicians.

Conclusion: ENT diseases have an important place in primary care in our country and in the world. According to the results we obtained in our study, it is seen that the self-confidence and competence of the physicians with a good education level are higher. Considering all these together, it was concluded that it would be beneficial to make ENT trainings compulsory in family physicians' residency training processes and in-service seminars.

Keywords: Family Medicine, ENT Diseases, Specialization Training, Family Medicine Rotations

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE	: Angiotensyn-Converting Enzym
AHUD	: Aile Hekimliği Derneği
AOM	: Akut Otitis Media
ASO	: Antistreptolizin O
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BPPV	: Bening Paroksizmal Pozisyonel Vertigo
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
dB	: Desibel
EBV	: Epstein- Barr Virüs
EOM	: Efüzyonlu Otitis Media
GABS	: Grup A Beta Hemolitik Streptokoklar
H1	: Hidrojen 1
HIV	: Human İmmündeficiency Virüs
HPV	: Human Papilloma Virüs
HSV	: Herpes Simpleks Virüs
HT	: Hipertansiyon
Hz	: Hertz
IgE	: İmmünglobulin E
İTİK	: İletim Tipi İşitme Kaybı
KBB	: Kulak Burun Boğaz
KOM	: Kronik Otitis Media
M2	: Muskarinik 2
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NaCl	: Sodyum Bikarbonat

NSAİİ	: Non-Steroid Anti İnflamatuar İlaç
Ort.	: Ortalama
RSV	: Respiratuar Sinsityal Virüs
SCM	: Sternokleidomastoid
SNİK	: Sensörinoral Tıp İşitme Kaybı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Derneği
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurumu
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Hastalıkları
VMR	: Vazomotor Rinit
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: Dünya Genel Pratisyen/ Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Kulak Anatomisi.....	5
Şekil 2.2. Aurikula Üzerindeki Yapılar	6
Şekil 2.3. Tragus Hassasiyeti Bakışı	6
Şekil 2.4. Dış Kulak Yolu Hassasiyeti Bakışı	7
Şekil 2.5. Timpanik Membran Üzerindeki Yapılar	8
Şekil 2.6. Weber Testi Alternatif Uygulama Noktaları	9
Şekil 2.7. Rinne Testi Aşamaları	10
Şekil 2.8. Alar Yetmezlik (Kollaps)	11
Şekil 2.9. Nazal Subluksasyon	11
Şekil 2.10. Pozitif Ballotman Bulgusu	12
Şekil 2.11. Papilla Salivaris Bukkalis.....	14
Şekil 2.12. Vestibulum Oris Bakışı	14
Şekil 2.13. Ağız Tabanı	15
Şekil 2.14. Bimanuel Muayene.....	15
Şekil 2.15. Orofarinks.....	16
Şekil 2.16. İndirekt Laringoskopi	17
Şekil 2.17. a-b-c Submental-Submandibuler-Juguler Boyun Muayenesi.....	18
Şekil 2.18. a-b-c Tiroid Palpasyonu ve Karotid Nabzın Muayenesi	18
Şekil 2.19. Supraklavikuler Muayene.....	19
Şekil 2.20. Buşon.....	20
Şekil 2.21. Siyah Pamuk Atığı Görünümü	24
Şekil 2.22. Beyaz Pamuk Atığı Görünümü	24
Şekil 2.23. Karnabahar Kulak Deformitesi	25
Şekil 2.24. Perikondrit	25
Şekil 2.25. Ramsay Hunt Sendromu	26
Şekil 2.26. Büllöz Mirenjit	28
Şekil 2.27. Hiperemi Evresi.....	30
Şekil 2.28. Eksüstasyon Evresi	31
Şekil 2.29. Süpürasyon Evresi.....	31
Şekil 2.30. Efüzyonlu Otitis Media	35

Şekil 2.31. Kronik Otitis Media.....	37
Şekil 2.32. Epitelize Sekel.....	37
Şekil 2.33. Stapedial Otoskleroz.....	39
Şekil 2.34. Schwartz Bulgusu.....	40
Şekil 2.35. Ani İşitme Kaybı Odyometrisi	42
Şekil 2.36. Presbiakuzi Odyometrisi	43
Şekil 2.37. Akustik Travma Odyometrisi	44
Şekil 2.38. Vestibüler Labirent.....	47
Şekil 2.39. Dix-Hallpike Testi Yapılışı	49
Şekil 2.40. Alerjik Rinit Tedavi Algoritması	59
Şekil 2.41. Tonsil Hipertrofisi	67
Şekil 2.42. Bakteriyel Tonsillit ve Tonsillofarenjit	67
Şekil 2.43. Waldeyer Halkası	71
Şekil 2.44. Linea Alba	72
Şekil 2.45. Ülser ve Keratoz.....	72
Şekil 2.46. Oral Kandidiazis.....	73
Şekil 2.47. Oral Lökoplaki	74
Şekil 2.48. Eritroplaki.....	74
Şekil 2.49. Oral Liken Planus.....	75
Şekil 2.50. Lingual Hemanjiom.....	75
Şekil 2.51. Aftöz Stomatit	76
Şekil 2.52. Coğrafik Dil.....	77
Şekil 2.53. Fissürlü Dil.....	77
Şekil 2.54. Kıllı Dil.....	78
Şekil 2.55. Atrofik Dil	78
Şekil 2.56. Larinks Kanseri Anatomik Bölgeleri	82
Şekil 4.1. KBB bilgi puanı ile öz değerlendirme puanının korelasyonu	107

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Modifiye Centor Skorlaması.....	68
Tablo 2.2. Mıstık Skorlaması	69
Tablo 4.1. Aile Hekimlerinin Demografik Özellikleri	93
Tablo 4.2. Aile Hekimlerinin Eğitim Süreleri ve Tercihleri	93
Tablo 4.3. Aile Hekimlerinin KBB ile İlgili Özellikleri	94
Tablo 4.4. Aile Hekimlerinin KBB Hastalıklarını Tanımakta veya Yönetmekte Eksik Hissetme Nedeni	95
Tablo 4.5. Demografik Özelliklere Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması	95
Tablo 4.6. Aile Hekimlerinin Eğitim Süreleri ve Tercihlerine Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması	96
Tablo 4.7. Aile Hekimlerinin KBB ile İlgili Özelliklerine Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması	96
Tablo 4.8. Aile Hekimlerinin KBB Hastalıklarını Tanımakta veya Yönetmekte Eksik Hissetme Nedenine Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması	97
Tablo 4.9. Demografik Özelliklere Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması	98
Tablo 4.10. Aile Hekimlerinin Eğitim Süreleri ve Tercihlerine Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması	98
Tablo 4.11. Aile Hekimlerinin KBB ile İlgili Özelliklerine Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması	99
Tablo 4.12. Aile Hekimlerinin KBB Hastalıklarını Tanımakta veya Yönetmekte Eksik Hissetme Nedenine Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması ...	100
Tablo 4.13. Aile Hekimlerinin Öz Değerlendirme Sorularına Verdikleri Cevapların Yüzdelikleri.....	101
Tablo 4.14. Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi Sorularına Verdikleri Cevapların Doğruluk Oranları	104

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp bilimi, geçen zaman içinde sürekli değişmekte ve çeşitlilik kazanmaktadır. Bu değişim ve çeşitlilik sağlık hizmet sunumunu da karmaşıktırmış, küçük dallara ayrılan disiplinler birbirinden kopmuş ve pahalı teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Tüm bunlar sonucu bireyleri içinde bulunduğu toplumun bir parçası olarak ele alan; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmeti verebilen bir tıp disiplinine ihtiyaç duyulmuştur (1).

1923 yılında Francis Peabody tıp biliminde meydana gelen aşırı uzmanlaşma nedeniyle hastaların ortada kaldığını, kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliğinin gerekliliğini savunmuştur (1). Bu amaçla yola çıkılmış ve 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Bunu takiben 1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’nin Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmıştır. Şubat 1969’da American Board of Family Practice (Amerika Aile Hekimleri Kurulu) kurulmuş ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuştur. Sonrasında aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımının yapılması gerekmiş ve 1974 yılında Hollanda’da yapılan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısında Leeuwenhorst ve grubu tarafından birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır. 1978 yılında Alma Ata Konferansı’nda “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler belirlenmiş ve özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. 1986 ve 1993 yıllarında yapılan Avrupa Konseyi toplantıları ile aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 2 yıl olarak karara bağlanmıştır. 2001 yılında Barcelona’da yapılan toplantı ile bu süre 3 yıla çıkarılmıştır. 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve dünya genel pratisyen/aile hekimliği ulusal kolejler, akademileri ve akademik dernekleri birliği (WONCA) tarafından Kanada’nın Ontario kentinde düzenlenen konferansta aile hekimliğinin amaçları, görev tanımı, işleyişi,

kurumsallaşması ve aile hekimliği politikası konularında önemli kararlar alınmıştır. 1998 yılında yapılan WHO'nun 51. toplantısında yayınlanan Dünya Sağlık Bildirgesi'nde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sisteminin merkezinde yer alması gerektiği açıklanmış ve Aile Hekimliği uzmanlık alanının gelişmesinin önü açılmıştır (2).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişim süreci ise; 1947'de Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz önderliğinde "Genel Sağlık Uzmanlığı" adı altında yeni bir uzmanlık eğitiminin gerekliliğine karar verilmesiyle başlamış ancak programa 1955'de son verilmiştir. Aile hekimliği kavramı 1980'li yıllarda tekrar gündeme gelmiş ve 1983'de Aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde yer almıştır. Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi 3 yıl olarak belirlenmiştir. 1984 de Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde ilk aile hekimliği anabilim dalı kurulmuş, 1985 de ise Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi başlatılmıştır. Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 24 Temmuz 1990'da kurulmuş ve 1998'de Bakanlar Kurulu kararı ile Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak ismi değiştirilmiştir. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuş ve Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde Aile Hekimliği asistan eğitimine başlanmıştır. 1997 yılında TAHUD'un bir yayın organı olan "Türkiye Aile Hekimliği Dergisi" yayınlanmış ve bu tarihten itibaren 3 ayda bir düzenli olarak yayınlanmaya başlanmıştır (3). Böylece ülkemizde aile hekimliği; kendine ait bir kürsüsü, derneği ve dergisi olan bir tıp disiplini olarak kabul görmüştür.

Günümüzde modern sağlık hizmet sunumu birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak şeklinde örgütlenmiştir. Sağlık hizmet sunumundaki bu örgütlenmede koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin beraber verildiği aile hekimliği merkezi konumda yer almaktadır (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan aile hekimliği; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her bireye kapsamlı ve sürekli tıbbi bakım sağlamaktan sorumlu; kişilere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet veren ve bunu yaparken de kişiliklerine saygı duyan; aile hekimliği disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerden oluşan bir tıp disiplindir (4).

Ülke çapında aile hekimliği uzmanlık eğitiminin nitelikli ve belli bir standardizasyonda verilebilmesi eğitim müfredatının belirlenmesiyle mümkündür. Ülkemizde 1985 yılından itibaren Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında aile hekimliği eğitim süresi üç yıl olarak belirlenmiştir. Bu sürenin 18 (on sekiz) aylık bölümü aile hekimliğinin ilke ve esaslarına uygun bir şekilde rotasyonlardan oluşmakta, geri kalan kısmı aile hekimliği uygulama alanlarında geçmektedir (5).

Aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi üç temel unsurdan meydana gelmektedir:

- a) Aile hekimliği uygulama eğitimi
- b) İlgili uzmanlık dallarında rotasyonlar
- c) Düzenli eğitim etkinlikleri

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde rotasyonlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri kendi uygulama alanlarında daha az karşılaştıkları vakaları ilgili rotasyonlardaki kliniklerde daha kolay öğrenebilmektedir. Böylece kendisine başvuran bireyleri bir bütün olarak değerlendirebilen, hastalarının diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini bilen ve gerektiğinde üst basamaklarla koordineli olarak hastasını yönetebilen nitelikli birinci basamak hekimleri yetişmektedir (5).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatına göre Tıpta Uzmanlık Kurumu (TUK) tarafından belirlenen rotasyonlar;

1. İç Hastalıkları (4 AY)
2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (4 AY)
3. Kadın Hastalıkları ve Doğum (3 AY)
4. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2 AY)
5. Acil Tıp (1 AY)
6. Göğüs Hastalıkları (1 AY)
7. Kardiyoloji (1AY)
8. Deri ve Zührevi Hastalıkları (1 AY)

9. Seçmeli Rotasyonlar (Nöroloji, Genel Cerrahi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon) (1 AY) olarak belirlenmiştir (5).

Seçmeli rotasyonlar uzmanlık öğrencisinin isteği doğrultusunda program yönetici tarafından belirlenen ilgili branşlardan sadece birinde alınabilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, tüm bu rotasyonlar boyunca ilgili kliniklerde; aile hekimliği uygulama alanında seyrek görebileceği vakaları gözlemlene ve birebir hasta takibi yapma fırsatı kazanmaktadır (5).

Aile hekimliğine başvuran hastaların şikayet ve hastalıklarının büyük çoğunluğuna birinci basamakta çözüm bulunabilmektedir. Yapılan çalışmalarla aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, hekime başvuru nedenleri, konulan tanı ve tıbbi gereksinimleri incelenmiş böylece birinci basamağa başvuran hasta profili ortaya koyulmuştur (6).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda aile hekimliğine yapılan başvurular incelenmiş ve başvuru nedenlerinden ilk dördünün sırasıyla öksürük, ateş, baş ağrısı ve boğaz ağrısı olduğu görülmüştür. Hastaların en sık üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), kas iskelet sistemi hastalıkları, hipertansiyon (HT), baş ağrısı ve gastrointestinal sistem hastalıkları yakınmalarıyla aile hekimine başvurdukları görülmüştür. En sık konulan tanımlara bakıldığında ilk sırayı üst solunum yolu enfeksiyonları (viral-bakteriyel tonsillofarenjit, otit, gribal enfeksiyonlar) almıştır. Diğer uzmanlık dallarında istenen konsültasyonlar incelendiğinde kulak burun boğaz (KBB) hastalıklarının çoğunlukta olduğu görülmüştür (7–9).

Tüm bu çalışmalar aile hekimliği pratiğinde KBB hastalıklarının önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin çekirdek eğitim müfredatında KBB hastalıkları rotasyonu bulunmamaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde ve üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarında eğitim gören birçok aile hekimi KBB eğitimi almadan uzman olmaktadır.

Biz çalışmamızda hala uzmanlık eğitime devam etmekte olan ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan aile hekimlerinin KBB hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerini araştırmayı, sıklıkla başvuran KBB hastalıkları ile ilgili yakınmaları olan hastaları nasıl yönettiklerini değerlendirmeyi ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminde veya il sağlık müdürlüklerinin düzenlediği hizmet içi eğitimlerde KBB hastalıklarının da yer alması gerektiğini ortaya koymayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

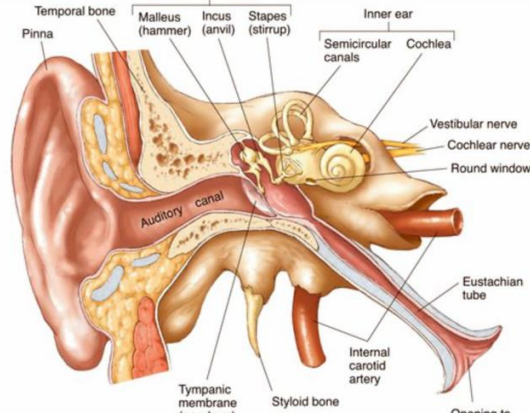
KBB hastalıklarının tanısı ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene ile konulmaktadır. KBB muayenesinin yol gösterici olması için hekimin yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra etkili bir KBB muayenesi branşa ait bir takım özel aletlerin kullanımı ile mümkün olmaktadır. Işık kaynağı, dil basacağı, nazal spekulum, otoskop, endoskop gibi bu aletler KBB hastalıklarının teşhisinde önemli yer tutmaktadır (10).

2.1. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları'nda Hasta Muayenesi

2.1.1. Kulak Muayenesi

Kulak anatomik olarak üç bölüme ayrılır (Şekil 1);

1. Dış kulak: kulak kepçesi (aurikula) ve dış kulak yolu
2. Orta kulak: kulak zarı (timpanik membran), malleus, inkus, stapes, musculus tensör timpani, musculus stapezius
3. İç kulak: koklea, semisirküler kanallar, vestibül



Şekil 2.1. Kulak Anatomisi (11)

Kulak hastalıklarının muayenesi inspeksiyon, palpasyon ve otoskop yardımı ile yapılmaktadır. Ayrıca işitme muayenesi yapılırken diyapazon testlerinden faydalanılmaktadır (12).

İnspeksiyonda öncelikle kulak kepçesi (aurikula), kulak arkası ve dış kulak yolunda herhangi bir patoloji veya konjenital anomali olup olmadığı değerlendirilir (12).

Kulak kepçesi üzerinde heliks ve antiheliks adlı kıvrımlar, tragus, konka ve lobül olarak adlandırılan bölümler mevcuttur (12). (Şekil 2)



Şekil 2.2. Aurikula Üzerindeki Yapılar (12)

Palpasyon ile aurikulada, tragus üzerine baskıyla herhangi bir hassasiyet ve ağrı olup olmadığı kontrol edilir (12). (Şekil 3- Şekil 4)



Şekil 2.3. Tragus Hassasiyeti Bakışı (12)



Şekil 2.4. Dış Kulak Yolu Hassasiyeti Bakısı (12)

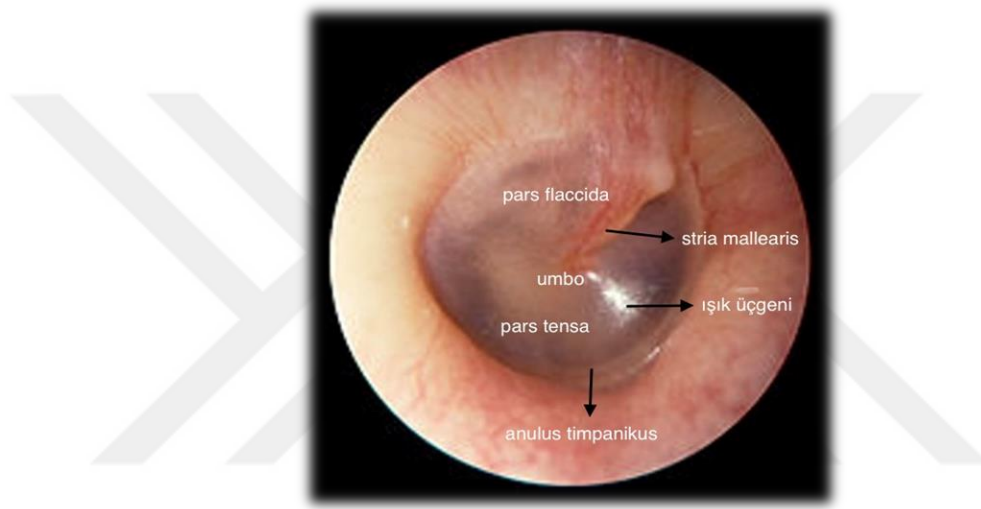
Otoskopla muayene kulak hastalıklarının tanısında önemli bir yer tutmaktadır. Otoskopik muayene dış kulak yolunda, timpanik membranda ve orta kulakta meydana gelen patolojilerin tanısında hekime yol göstermektedir. Otoskopla muayene yaparken öncelikle hastanın dış kulak yolu genişliğine uygun büyüklükte bir spekulum seçilmelidir. Hastanın sağ kulağı için sol, sol kulağı için sağ el kullanılmalı ve dış kulak yolunda döndürülerek ilerletilmelidir. Diğer el ile aurikula; yetişkinlerde yukarı ve arkaya, çocuklarda aşağı ve arkaya doğru çekilerek dış kulak yolu genişletilmelidir. Spekulum yerleştirildikten sonra aurikula bırakılarak bir el enstrümantasyon için boşta kalmalıdır (10,12).

Otoskopla bakıda öncelikle dış kulak yolu değerlendirilmeli görüntüyü bozacak buşon veya debrizler varsa temizlenmelidir. Dış kulak yolunda; enfeksiyon, otomikoz, seboreik cilt değişiklikleri, kitle ve ödem gibi bulguların olup olmadığı değerlendirilmelidir (10,12).

Dış kulak yolu muayenesi tamamlandıktan sonra timpanik membran incelenmelidir. Timpanik membran dış kulak yolunun bitiminde oblik olarak yer almaktadır (12).

Normalde timpanik membran gri-pembe renkli olmalıdır. Membran “anulus timpanikus” denilen bir ucu açık halka şeklinde bir kemiğe tutunmaktadır. Timpanik membranın üstte bulunan gevşek yapıdaki bölümüne “pars flaccida”, altta bulunan gergin ve parlak görünen bölümüne “pars tensa” adı verilmektedir. Pars flaccida kısmı orta kulakta uzun süreli negatif basınç oluşturan (östaki disfonksiyonu vs.) durumlarda retrakte olmaya meyilliyken pars tensa ise kulak zarını etkileyen herhangi bir travmada

perfore olmaya daha meyillidir. Timpanik membrana komşu olan malleusun bir parçası olan manibrium mallei membran üzerinde “stria mallearis” adı verilen bir çıkıntı oluşturmaktadır. Stria mallearisin normal bir kulakta hafif belirgin görünmesi gerekmektedir. Bu yapının fazla belirginleşmesi timpanik membranda retraksiyona, belirginliğinin azalması orta kulak içinde sıvı birikiminin oluştuğuna işarettir. Timpanik membranın merkezinde stria mallearisin bittiği noktada oluşan çukurluğa “umbo” denilmektedir ve membran üzerine ışık düşürüldüğünde bu noktadan membranın ön-alt bölümüne doğru bir “ışık üçgeni” oluşmaktadır. Politzer üçgeni de denilen bu ışık üçgeni timpanik membranın önemli sağlık belirteçlerindendir (12). (Şekil 5)



Şekil 2.5. Timpanik Membran Üzerindeki Yapılar (13)

Diyapazonlar, uçları çatal şeklinde titreştirildiğinde belirli ve sabit frekansta ses oluşturan aletlerdir. Diyapazon testleri hastanın işitmesini değerlendirmek, herhangi bir işitme kaybı varsa hangi tip ve hangi tarafta olduğunu ortaya koymak için yapılan testlerdir (10,12).

Farklı diyapazon testleri vardır ancak; Weber, Rinne, Schwabach ve Gelle testleri bu testler içinde en sık kullanılanlardır (12).

- 1- Weber testi: Bu test ile kemik yolu ile işitme değerlendirilir. Diyapazon sap kısmından tutulup titreştirildikten sonra baş üzerinde orta hatta bir noktaya yerleştirilir. (Şekil 6)



Şekil 2.6. Weber Testi Alternatif Uygulama Noktaları (12)

Hastaya sesi hangi tarafta duyduğu sorulduğunda sağda duyuyorsa “Weber sağa lateralize”, solda duyuyorsa “Weber sola lateralize”, orta da duyuyorsa “Weber ortada” şeklinde yorumlanır (12).

- a- Weber ortada ise her iki kulak eşit derecede işitiyor veya işitmiyordur.
- b- Weber sağa lateralize ise sağ tarafta iletim tipi işitme kaybı (İTİK) veya solda sensörinöral tip işitme kaybı (SNİK) vardır.
- c- Weber sola lateralize ise sol tarafta İTİK veya sağda SNİK vardır.

Özet olarak; Weber testinde hastada tek taraflı İTİK varsa sesi işitme kaybının olduğu tarafta, tek taraflı SNİK varsa sesi sağlam tarafta duyar (10,12).

2-Rinne testi: bu test ile hava yolu ve kemik yolu işitmesi beraber değerlendirilip kıyaslanabilir. Diyapazon titreştirildikten sonra ilk olarak mastoid kemik üzerine yerleştirilir. Hasta titreşim sesinin kesildiğini söylediğinde diyapazon dış kulak yolunun 1 cm kadar uzağında ve önünde tutularak hastanın tekrar titreşimi duyması sağlanır ve titreşim sesini duymadığında haber vermesi istenir. Mastoid üzerinde ve dış kulak yolunda titreşim sesinin duyulduğu süreler kaydedilir. (Şekil 7)



Şekil 2.7. Rinne Testi Aşamaları (12)

Normalde diyalapazon mastoid üzerindeyken hasta 10-15 saniye, dış kulak yoluna koyulduğunda da 10-15 saniye titreşim sesini duymalıdır. Eğer hasta her ikisinde de bu sürelerde duyduysa “Rinne pozitif”, diyalapazon mastoidden çekilip dış kulak yoluna yerleştirildiğinde hasta duymuyorsa “Rinne negatif” olarak yorumlanır (10,12).

- a- Rinne pozitif ise hasta ya normal duyuyordur ya da o tarafta SNİK mevcuttur.
- b- Rinne negatifse o tarafta İTİK mevcuttur.

Weber ve Rinne testleri beraber değerlendirilir. Örneğin; Weber sağa lateralize, Rinne sağda negatif ise sağ tarafta İTİK mevcut ya da Weber sağa lateralize, Rinne sağda pozitif ise sol tarafta SNİK mevcut şeklinde yorum yapılabilir (10,12).

2.1.2. Burun Muayenesi

Kulak burun boğaz hastalıklarında burun muayenesi dört aşamada yapılır:

Eksternal Muayene

Öncelikle burnun dışardan inspeksiyonu ile herhangi bir şişlik, deformite, ülserasyon olup olmadığına bakılır (10).

Burna dışardan bakıldığında girişte burun kanatları ile septum arasındaki var olan açığa “eksternal nazal valf açısı” adı verilir. Nefes alışverişi sırasında burun kanatları açık olmalıdır; eğer burun kanatları nefes alırken nazal pasajı kapatıyorsa bu duruma “alar yetmezlik” adı verilir (12). (Şekil 8)



Şekil 2.8. Alar Yetmezlik (Kollaps) (14)

Sonrasında palpasyon ile hassasiyet, krepitasyon veya deformite gibi bulgular değerlendirilir. Burun ucu yukarı doğru kaldırıldığında septum bir yöne doğru deviye oluyorsa septumun kaudal ucunda bir deviyasyon vardır ve bu duruma “subluksasyon” adı verilir. (Şekil 9) Burun ucuna baskı uygulandığında filtruma kadar bir çökme oluyorsa bu duruma “pozitif ballotman bulgusu” adı verilir (Şekil 10) ve septumda bir travma, cerrahi müdahale gibi durumlara bağlı gelişen kıkırdak kaybını gösterir (10,12).



Şekil 2.9. Nazal Subluksasyon (12)



Şekil 2.10. Pozitif Ballotman Bulgusu (12)

Anterior Rinoskopi

İlk olarak burun ucu yukarı kaldırılarak burun girişindeki cilt dokusunda (vestibül) herhangi bir ülserasyon, laserasyon vs. bulgu olup olmadığı saptanır. Sonra nazal spekulum ve bir ışık kaynağı yardımı ile burnun anterior bölümü incelenir (10).

Nazal spekulum kullanırken alet sol elin baş parmağı ve işaret parmağı ile aletin alt uçları dirseği gösterecek şekilde tutulmalı, spekulumun ayakları orta ve yüzük parmakları ile kontrol edilmelidir. Hastanın başı 45 derece geriye yatırılarak ve spekulum kapalı şekilde burna yerleştirilir. Girdikten sonra yukarı aşağı yönünde açılarak burun duvarları, mukoza rengi, septum ve damarlar ayrıntılı olarak incelenir. Lateral duvarda yer alan orta ve inferior konkalar değerlendirilir (10).

Anterioar rinoskopi bakışı ile septum deviasyonu, septum perforasyonu, nazal ülserler, konkalarda hipertrofi, sinüs meatuslarında püy, akıntı veya kitle varlığı gibi fizik muayene bulgularının varlığı değerlendirilir (10).

Endoskoplama Nazal Muayene

Rijit endoskoplama nazal kavitenin değerlendirilmesidir. Hastaya endoskopik muayene yapmadan önce topikal anestezi ve dekonjesyon yapılır. Öncelikle sinüs meatusları kontrol edilerek sekresyonlar aspirasyon yardımı ile temizlenir bu sayede görüş alanı netleştirilir (10).

Burun mukozasının rengine ve ödem varlığına dikkat edilmeli, konkalar incelenmeli, septuma bakılarak lokalizasyonu ve deviyasyon olup olmadığı kaydedilmelidir (10).

Burun fizyolojinin en önemli bölgelerinden biri olan nazal valv bölgesini tam olarak değerlendirebilmek için endoskopik muayene yapmak gerekmektedir. Endoskopik muayene ile sadece nazal kavite değil aynı zamanda daha ileride bulunan nazofarinks, östaki tüpü ağızları ve adenoid gibi yapılar da görülebilmektedir. Nazal polip, bu bölgeye ait bazı neoplaziler, akut veya kronik sinüzit gibi birtakım hastalıklar nazal endoskopi ile rahatlıkla tespit edilebilmektedir (10).

Posterior Rinoskopi

Posterior rinoskopi nazal kavitenin arkasında yer alan nazofarinks bölgesinin muayenesinde kullanılır. Bu bölgenin muayenesi zor olduğundan burada meydana gelen patolojiler uzun süre farkedilemeyebilir. Burun tıkanıklığı, postnazal akıntı, kanamalar ve işitme kaybı gibi semptomlar nazofarinks bölgesine ait patolojilerde hastayı hekime getiren semptomlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle bu semptomlarla gelen hastalarda nazofarinks muayenesi de yapmak önem taşımaktadır (10).

Postnazal ayna, nazofaringoskop, endoskop ve radyolojik değerlendirme posterior rinoskopi muayenesinde kullanılan yöntemlerdir (10).

2.1.3. Ağız ve Boğaz Muayenesi

Ağız ve boğaz muayenesi yaparken sırasıyla: dudaklar, bukkal mukoza, vestibulum oris, ağız tabanı, dil ve orofarinks değerlendirilir.

Dudak muayenesi yaparken, öncelikle inspeksiyonda dudakların simetrisi, dudak hareketleri, dudak ve burun çevresindeki sulkusların varlığı ve derinliği incelenir. Dudaklarda renk değişikliği olup olmadığına bakılır. Herpetik lezyonlar, geçmeyen yaralar, yarıklar, perioral solukluk veya dudaklarda pigmentasyon olup olmadığına bakılır (12).

Bukkal mukozada herhangi bir lezyon, yara veya pigmentasyon olup olmadığı kontrol edilir. Üst ikinci molar diş hizasında stenon kanalının açıldığı ağız olan papilla salivaris bukkaliste hiperemi olması parotis bezi enfeksiyonlarını aklı getirmelidir (12). (Şekil 11)



Şekil 2.11. Papilla Salivaris Bukkalis (12)

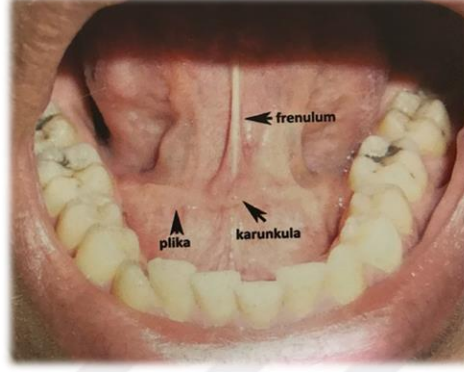
Vestibulum oris dudak ve bukkal mukoza ile diş ve diş etleri arasında kalan oral kavitenin ilk kısmıdır. (Şekil12) Diş ve diş eti ile ilgili çürük, diş eti çekilmesi, diş ve diş etlerinde renk değişikliği gibi patolojiler, bu bölgede yer alan aft ve lezyonlar vestibulum oris muayenesinde dikkat edilmesi gereken noktalardır (10,12).



Şekil 2.12. Vestibulum Oris Bakışı (12)

Ağız tabanı hastanın dilinin altında kalan bölümdür. (Şekil 13) Bu bölgenin muayenesinde bir el çene altına diğer el ağız tabanına yerleştirilerek palpasyon yapılır. Buna “bimanuel muayene” adı verilir. (Şekil 14) Bu bölgede herhangi bir lezyon, tükürük bezi kanallarının tıkanmasına bağlı oluşabilecek ranula adı verilen seromalar olup olmadığı değerlendirilir. Sublingual ve submandibular bezin kanalları olan Wharton ve Bartholin kanalları birleşerek ağız tabanında bulunan karunkula sublingualis adlı kabartıya açılır. Sublingual bezin küçük kanalları ise Rivinus kanalcıkları adını alır ve dil altında düzenli bir şekilde sıralanan plika sublingualislere

açılır. Bu bezler veya kanallarda bir patolojiden şüphe ediliyorsa çene altına masaj uygulanarak gelen tükürük salgısı değerlendirilmelidir. Çocuklarda özellikle ağız tabanında frenulum muayenesi önem taşımaktadır. Ankiloglossi (dil bağı) adı verilen kısa frenulum durumunun varlığı kontrol edilmelidir. Çocuk dilini dudaklarının dış kısmına çıkarıyor ve yalanabiliyorsa frenulum normal uzunluktadır (12).



Şekil 2.13. Ağız Tabanı (12)

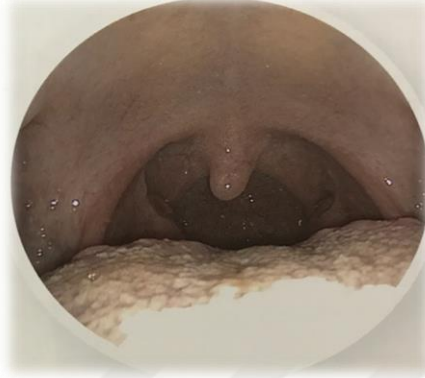


Şekil 2.14. Bimanuel Muayene (12)

Dil muayenesi pek çok hastalığın ön tanısı açısından önem taşımaktadır. Dilin hem dorsal hem ventral yüzü değerlendirilmelidir. Dilde asimetri varlığı, motor hareketlerinin düzenliliği, renk değişikliği, tabakalanma, papillalarda atrofi (parşömen dil), kıllı dil görünümü, ülser, aft veya geçmeyen lezyonların varlığı kontrol edilmelidir (10,12).

Orofarinks; dil kökü, tonsiller, ön ve arka plikalar, farinks mukozası ve uvulayı kapsayan alandır. (Şekil 15) Hasta ağzını iyice açarken abeslang ile dile basılarak bir ışık yardımı ile bu bölgenin muayenesi yapılır. Orofarinks bakısında, tonsillerde hipertrofi, hiperemi, asimetri, kript olup olmadığı; uvulada asimetri veya sarkma;

posterior farinks duvarında kızarıklık, akıntı veya lenfoid hiperplazi varlığı değerlendirilir. Hastaya A dedirterek yumuşak damak motor hareketleri gözlemlenir. Posterior orofarinks yüzeyine dil basacağı yardımı ile dokunularak öğürme refleksi uyarılır böylece 9. ve 10. kranial sinirler muayene edilir (10,12)



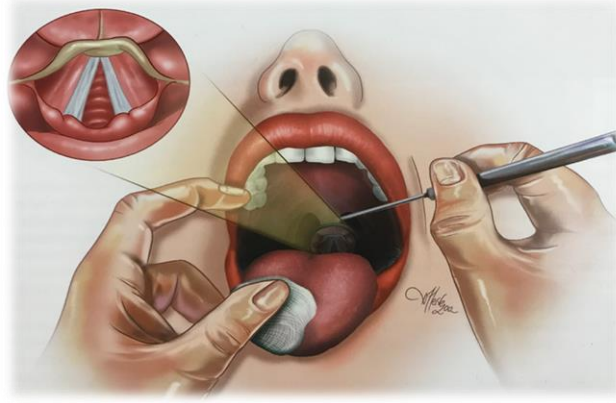
Şekil 2.15. Orofarinks (12)

2.1.4. Larinks, Hipofarinks ve Nazofarinks Muayenesi

Bu bölgenin muayenesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. İndirekt larinks bakışı, endoskopi ile muayene ve direkt bakı kullanılan yöntemlerdir (12).

İndirekt larinks muayenesinde; hasta başı ekstansiyona gelecek şekilde dik şekilde oturmalı, dili bir tampon ile dışarda tutulmalı, orofarinkse dokunduramamaya dikkat edilerek larinks aynası arkaya doğru ilerletilir ve larinks izlenmeye çalışılır. Larinks aynası işlem öncesinde ıslatılarak veya hafifçe ısıtılarak muayene sırasında buğulanması engellenir. Hastanın öğürme refleksini kontrol edebilmek için ağızdan sık soluk alıp vermesi istenir. Öğürme refleksi çok kuvvetli ise lokal anestezik sprey uygulanabilir (10,12).

İndirekt laringoskopide, dil kökü ve tonsil alt kutuplarından vallekula, epiglot ve lingual tonsillere kadar muayene yapılabilir. Posterior farinks ve hipofarinks duvarı, lateral hipofarinks mukozası, band ventriküller, kord vokaller ve sinüs priformisler değerlendirilebilir. (Şekil 16) Kord vokallerin gözlemlendiği sırada hastadan 'İ' sesi çıkartması istenilerek vokal kordların hareketleri kontrol edilir. Hareketlerin simetrik olup olmadığı ve o bölgede herhangi bir nodül, polip veya ödem varlığı incelenir. İndirekt larinks bakışının yapılamadığı veya daha ayrıntılı yapılması gereken durumlarda endoskopik muayene ile değerlendirilebilir (10,12).

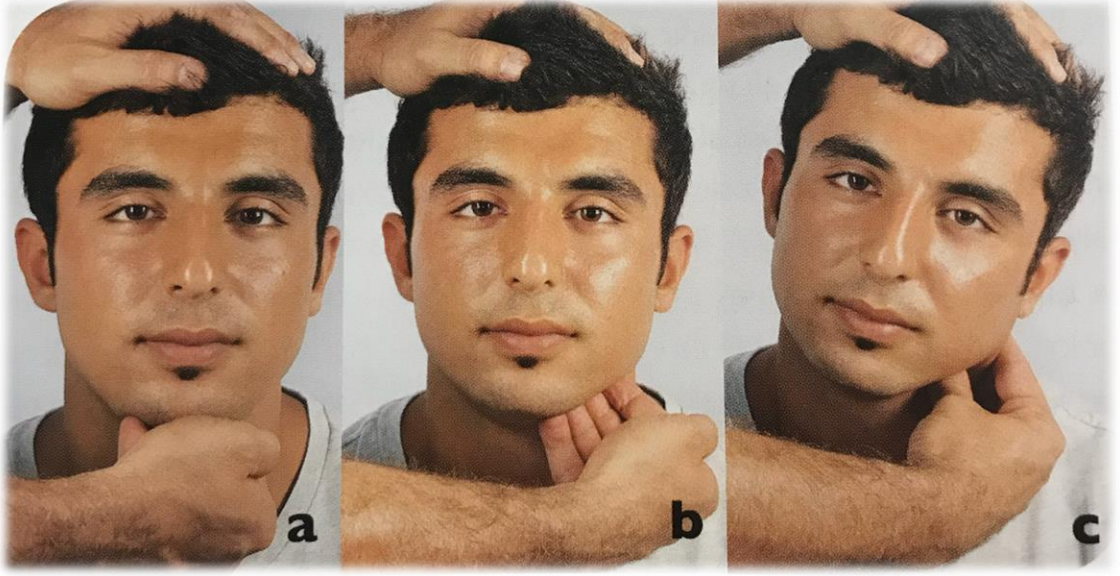


Şekil 2.16. İndirekt Laringoskopi (12)

2.1.5. Boyun Muayenesi

Boyun muayenesinde öncelikle inspeksiyon yapılır. Dışardan görülen bir kitle, asimetri, renk değişikliği veya döküntü gibi patolojilerin olup olmadığı kontrol edilir. Boyun damarlarındaki dolgunluk ve anormal pulsasyonların varlığı çeşitli kalp damar hastalıkları açısından önem taşımaktadır (12).

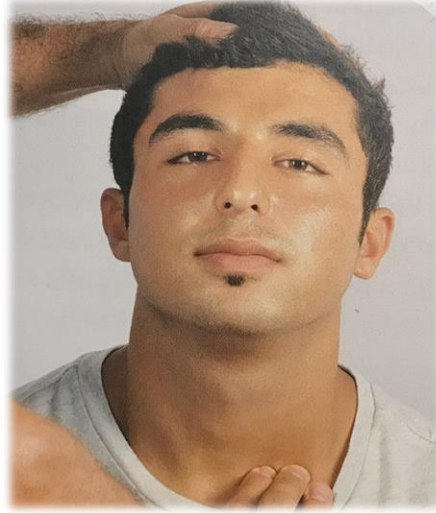
İnspeksiyon ile değerlendirdikten sonra palpasyon yapılır. Doktor hastanın karşısında durur; oksipital, postauriküler ve parotid bölgelerden başlayarak boynun alt ünitelerini palpe eder. Bir el ile başı hafif öne eğip sabitledikten sonra diğer eli ile submental ve submandibular bölgenin palpasyonu yapılır. (Şekil 17. a-b) Hastanın boynu muayene edilen bölgeye doğru hafifçe eğilerek kasların gerginliği azaltılır. Üst, orta ve alt juguler bölge ve posterior üçgen de palpe edilir. (Şekil 17. c) Sternokleidomastoid (SCM) kasın yüzeyi ve derini ile subklavikuler alan da değerlendirilir. Boynun her iki tarafı da bu sırayla palpe edilir. Lateral bölgelerin palpasyonu tamamlandıktan sonra orta hat değerlendirilir. Hasta karşı tarafa bakarken hekimin iki başparmağı ile ön bölgenin palpasyonu yapılır. (Şekil 18) Hastadan yutkunması istenerek tiroid kartilajın hareketi, bu bölgede herhangi bir patoloji varlığı, tiroidin büyüklüğü ve kıvamı kontrol edilir. Son olarak her iki tarafta supraklavikular alanın palpasyonu yapılarak muayene tamamlanır. (Şekil 19) Hekim gerek duyarsa omuz kaldırma, baş çevirme hareketleri yaptırarak ve mimik kaslarının hareketini gözlemleyerek aksesuar ve fasiyal sinir muayenesi yapabilir (10,12).



Şekil 2.17. a-b-c Submental-Submandibuler-Juguler Boyun Muayenesi (12)



Şekil 2.18. a-b-c Tiroid Palpasyonu ve Karotid Nabzın Muayenesi (12)



Şekil 2.19. Supraklavikuler Muayene (12)

Palpasyon sırasında bakılan en önemli bulgulardan biri lenfadenopatilerdir. Ele gelen bir lenfadenopati varlığında büyüklüğü, mobil olup olmadığı, ağrı ve hassasiyet durumu, serbest veya etrafa fikse olup olmadığı ve kıvamı dikkatlice değerlendirilir. 2 cm'den büyük, etrafına yapışık, immobil, ağrısız ve sert kıvamlı lenfadenopatiler daha çok malign patolojileri işaret ederken; 2 cm'den küçük, serbest, mobil, ağrılı ve yumuşak kıvamlı lenfadenopatiler enfeksiyon sonrası gelişen reaktif hiperplazileri akla getirmelidir. Birbirine yapışık düzenli olarak sıralanmış lenfadenopatilerin varlığında lenfomadan şüphe edilmelidir. Cilt üzerine fistülize olan lenfadenopatiler tüberküloz veya aktinomiçes gibi enfeksiyöz durumları hatırlatmalıdır. Lenf bezi hastalıklarında hasta takibi önemlidir. İlerleyici tarzda ve antibiyoterapiye rağmen gerileme gözlenmeyen lenfadenopatilerden biyopsi alınması gerekmektedir (12).

2.2. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

2.2.1. Kulak Hastalıkları

Buşon

Patogenezi:

Dış kulak yolunda bulunan bezler tarafından serumen adı verilen bir salgı üretilmektedir. Serumen yağlı içeriği nedeniyle dış kulak yolunu neme karşı korurken aynı zamanda asidik yapıda olmasının verdiği bakteristatik özelliği sayesinde enfeksiyon gelişimini de önlemektedir. Kulak; timpanik membrandan aurikulaya kadar deri ve birikintileri dışarıya doğru ilerleterek kendi kendini temizleyen doğal bir

mekanizmaya sahiptir. Serumen salgısının çok fazla üretilmesi veya dışarıya atılamaması ve üzerine keratin döküntülerin eklenmesi dış kulak yolunda birikime ve buşon adı verilen patolojik durumun oluşmasına neden olur. Dış kulak yolunun dar ve kıllı olması, derisinde epitel döküntüsünün fazla olması, kulaklık veya işitme cihazı gibi kulak içi cihazların kullanımı, kulağa yabancı cisim sokulması buşon oluşumunu için risk taşıyan durumlardır (10).

Belirti ve Bulgular:

Hastalar genellikle kulakta dolgunluk hissi, çınlama, refleks öksürük, işitmede azalma, kulak ağrısı ve baş dönmesi gibi şikayetlerle başvurmaktadır. Belirtiler çoğunlukla duş veya yüzme sonrası buşonun suyla temas ederek şişmesi ve kanalı kapatması durumunda ortaya çıkmaktadır. Otoskopik muayenede dış kulak yolunda genellikle kahverengi bir birikim görünümü mevcuttur (10,12). (Şekil 20)

Tanı:

Tanı anamnez ve fizik muayene ile koyulmaktadır (12).



Şekil 2.20. Buşon(12)

Tedavi:

Tedavide serumen eritici %10'luk sodyum bikarbonat (NaCl) solüsyonu, gliserin veya seyreltilmiş oksijenli su verilmelidir. Bu solüsyonların 5-7 gün süreyle kullanımının ardından yumuşayan serumen, hekim tarafından kulak yıkanması veya buşonun aspirasyonu yoluyla temizlenmelidir (10).

Akut Otitis Eksterna

Akut otitis eksterna dış kulak yolunun en sık görülen hastalıklarından biridir. Dış kulak yolunun suyla çok temas etmesi nedeniyle yüzücülerde sık görülmekte bu nedenle

“yüzücü kulağı” adını almaktadır. Bunun yanında nemli ve sıcak hava koşulları, çok terleme, sık duş alma, kulağa sıklıkla yabancı cisim sokma, kulaklık veya işitme cihazı kullanma, yapısal olarak uzun ve dar dış kulak yoluna sahip olma gibi durumlar hastalık oluşumu için risk faktörleridir. Hastalık çoğunlukla unilateraldir ve en önemli bakteriyel etken *P. aeruginosa*’dır (10,12).

Patogenez:

Buşon oluşumu fazla miktarda olduğunda otitis eksterna için bir risk oluşturmaktadır. Bunun yanında kulağa yabancı cisim sokmak hem dış kulak yolunun salgı mekanizmasını bozarak ve birikmiş serumen salgısının kulak zarına doğru itilmesine sebep olarak hem de ciltte hasarlanma yaparak otitis eksternaya neden olmaktadır. Otitis eksterna için en önemli risk faktörü nemdir. Kulak temizliği ya da başka nedenlerle dış kulak yolunun suyla fazla teması ve kulak temizliği için yabancı cisim kullanımı dış kulak yolu cildinde sebase ve apokrin salgı bezlerinin koruyucu salgılarına zarar vermektedir. Bu durumda dış kulak yolunun ana koruyucu faktörü olan asidik pH ortamı bozulmakta, serumenin azalması ile keratin döküntüleri suyu abzorbe etmekte ve başta *P.aeruginosa* ve *S. aureus* olmak üzere bakteriyel üreme ve enfeksiyon meydana gelmektedir (10,12,15).

Belirti ve Bulgular:

Sıklıkla yüzme veya suyla temas sonrası meydana gelen kaşıntıyı takiben kulak ve çevresinde hızla gelişen hassasiyet ve ağrı görülmektedir. Kulakta dolgunluk hissi ve ciddi ödemli vakalarda işitme problemleri oluşabilmektedir (10,12).

Dış kulak yolunda ödem ve aurikulada özellikle tragus üzerinde hassasiyet önemli fizik muayene bulgularıdır. Kulak arkasında hiperemi, tragus önündeki ve infraauriküler lenf bezlerinde hiperplazi ve hassasiyet muayenede görülebilecek diğer klinik bulgularıdır (10).

Tanı:

Tanı dış kulak yolunun otoskop veya endoskop yardımı ile görüntülenmesi ile konulmaktadır (10).

Ayrırcı Tanı:

Fizik muayenede dış kulak yolunda ödem ve kızarıklık olmayan hastalarda akut otitis media da düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Timpanik membran üzerinde

hiperemi olmaması ve zar işaret noktalarının doğal olması akut otitis mediadan uzaklaştırmalıdır (12).

Bazı hastalarda dış kulak yolunda fazla miktarda birikmiş ve sertleşmiş buşon da ağrı, dolgunluk hissi ve hassasiyete neden olmaktadır. Bu nedenle buşon varlığında öncelikle dış kulak yolu hekim tarafından temizlenmelidir (12).

Ayrıca otomikoz, dış kulak yolu egzamaları, Ramsay Hunt sendromu, kronik otitis media, perikondrit ve dış kulak yolu tümörleri de ayırıcı tanıda dışlanması gereken patolojilerdir (12).

Tedavi:

Akut otitis eksternada öncelikle ağrı kontrolü yapılmalıdır. Hafif ya da orta şiddetteki enfeksiyonlarda dış kulak yolu temizlenmeli, antibiyotik veya antiseptik damlalar tedavide kullanılmalıdır. Dış kulak yolunun asidik ortamının sağlanması için borik asit ve oksijenli su karışımı veya %5'lik alkol borik gibi antiseptik solüsyonlar kulak içine lokal olarak uygulanmalıdır. Bununla beraber antibiyotik damlalar kullanılmalıdır. Yetişkinlerde siprofloksasin; çocuklarda amoksisilin-klavulanik asit, ampisilin-sulbaktam, sefuroksim, sefiksim, trimetoprim- sulfametoksazol tercih edilmelidir (10,12). Tedavi dış kulak yolunda ödem geriledikten sonra 10 gün daha devam etmeli ve 6 hafta dış kulak yolunun suyla temas etmesi önlenmelidir. Suyla teması engellemek için hastaya duş esnasında dış kulak yolunun kuru bir pamukla kapatılması ve üzerine kalın bir katman şeklinde vazelin sürülmesi önerilmelidir (10,12).

Şiddetli akut otitis eksternada dış kulak yolu ödem ve buşonla tıkalı olabilir bu nedenle öncelikle kanal temizlenmelidir. Şiddetli ağrı ve ödem nedeniyle temizlenemeyen olgularda zorlamadan bırakılmalıdır. Dış kulak yoluna topikal ilaç ve solüsyonların uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla tampon yerleştirilmelidir. Bu tamponlar 24-72 saat yerinde kalmalı ve antibiyotik ve steroid damlalar ile tedavi sağlanmalıdır. Damlalar günde 2-4 kez 3-4 damla olacak şekilde damlatılmalı ve ödem gerileyinceye kadar dış kulak yolu 2-5 günde bir kontrol edilmelidir. Ödem ortadan kalktıktan sonra da 5-7 gün, daha şiddetli olgularda 10-14 gün tedaviye devam edilmelidir (10).

Sistemik antibiyotikler çoğu olguda kullanılmamalıdır. Ancak enfeksiyon lokal tedaviye cevap vermiyorsa, orta kulak enfeksiyonları ile beraberse, ateş 38.5°C'den

fazlaysa, şiddetli ağrı varsa, preauriküler, anterior veya posterior servikal zincirde regional lenfanedopati varsa enfeksiyonun lokal veya sistemik yayılımı olabileceği unutulmamalı ve oral antibiyotik tedavi verilmelidir. Bununla birlikte; sistemik kortikosteroid tedavi gören, diyabet hastalığı olan veya immünsüprese olan hastalarda da direkt oral antibiyotik tedavi başlanmalıdır ve bu hastalar malign eksternal otit açısından dikkatle izlenmelidir (10).

Otomikoz

Otomikoz dış kulak yolunda meydana gelen mantar enfeksiyonudur. Nem, sıcaklık, uzun süreli antibiyotik kullanımı ve immünsüpresyon yapan durumlar otomikoz için risk faktörleridir (12).

Patogenez:

Otomikoza en sık neden olan etkenler sırasıyla *Aspergillus niger*, *A.flavus*, *A.fumigatus* ve *Candida albicans* olup bunlar ya primer olarak enfeksiyona neden olmakta ya da öncesinde var olan bakteriyel enfeksiyonun üzerine eklenebilmektedir. Genellikle *S.aureus*, *pseudomonas* ve *proteus* ile beraber miks tip enfeksiyon şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Yüksek nem ve sıcaklık nedeniyle nadir olarak primer olarak mantar enfeksiyonları görülebilmektedir (10).

Belirti ve Bulgular:

Hastalık genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte akut otitis eksterna semptomları da görülebilmektedir. En önemli semptom kaşıntıdır.

Muayenede dış kulak yolu hiperemik, bazen ödemli ve hassastır. Otoskoplama bakıldığında siyah veya beyaz pamuk atığı görünümü vardır. (Şekil 21-22) *A.niger* siyah pamuk atığı görünümü yaparken *C.albicans* beyaz pamuk atığı görünümüne sebep olmaktadır (12).



Şekil 2.21. Siyah Pamuk Atığı Görünümü (16)



Şekil 2.22. Beyaz Pamuk Atığı Görünümü

Tanı:

Otomikoz teşhisi koymak için otoskopla muayene ve laboratuvar inceleme gerekmektedir.

Tedavi:

Tedavide öncelikle dış kulak yolu hekim tarafından temizlenmelidir. Asidik pH düzeyini sağlamak için çocuklarda asit borik ve oksijenli su karışımı damlalar günde 2-4 defa 3-4 damla; yetişkinlerde %5 alkol borik solüsyonu günde 2 defa 5 damla uygulanacak şekilde verilmelidir. Bu solüsyonlar mantarla enfekte epidermisin atılması sağlayarak tedaviyi etkin hale getirmektedir. Gerekli durumlarda topikal antifungal ilaçlar verilebilir.

Perikondrit

Kulak kepçesinde, genellikle travma veya cerrahi operasyonlar sonrası gelişen kartilaj ya da perikondriumun bakteriyel enflamasyonudur. Aurikulada kalıcı deformiteler de meydana gelebilmektedir. Bu durum “güreşçi kulağı” ya da “karnabahar

kulak deformitesi” olarak adlandırılmaktadır. (Şekil 23) Diyabet hastalığı olanlarda nadiren kendiliğinden de gelişebilmektedir (10,12).



Şekil 2.23. Karnabahar Kulak Deformitesi (12)

Belirti ve Bulgular:

Genellikle hasta aurikula üzerinde ağrı ve dış kulak yolunda ciddi kaşıntı yakınmasıyla başvurmaktadır (10).

Fizik muayenede kulak kepçesi hiperemik ve ödemli. (Şekil 24) Dokunmakla ciddi hassasiyet mevcuttur. Daha şiddetli vakalarda aurikula etrafındaki yumuşak dokularda da tutulum olabilmekte; pürülan akıntı, ateş, regional lenfadenopati ve lökositoz görülebilmektedir (10,12).



Şekil 2.24. Perikondrit (12)

Tanı:

Hastalığın tanısı anamnez ve fizik muayene bulgularına dayanarak konulmaktadır. Etkeni belirlemek amacıyla enfeksiyon yerinden kültür alınmalıdır.

Tedavi:

Perikondrit tedavisinde antibiyotik ve steroidli pomatlarla tampon uygulanması ve buna ilaveten geniş spektrumlu sistemik antibiyotikler (sefalosporin veya kinolon) ve sistemik steroidler (metilprednizolon 4 mg tb, azalan dozlarla, başlangıçta 1x3 tb 3 gün, sonra 1x2 tb 3 gün, sonra 1x1 tb 3 gün) kullanılmalıdır. Topikal tedavide rivanollü pansuman oldukça yararlıdır. Hastalık etrafındaki yumuşak doku ve lenf nodlarına ilerlemişse hasta IV ilaç tedavisi için yatırılmalıdır. Farmakolojik tedaviye cevap vermeyen olgularda cerrahi müdahale gerekebilmektedir (17).

Herpes Zoster Otikus (Rumsay Hunt Sendromu)**Patogenezi:**

Herpes zoster önceden geçirilmiş suçiçeği enfeksiyonu sonrası duyu nöronlarının ganglionlarında kalan varisella zoster virüsün yeniden aktive olması sonucu ortaya çıkan enfeksiyondur. Bu reenfeksiyon durumu fasiyal sinirin genikulat ganglionunda tutulum yaptığında herpes zoster otikus (Rumsay Hunt Sendromu) adını almaktadır.

Belirti ve Bulgular:

Herpes zoster otikus; kulakta ağrı, periferik fasiyal paralizi ve dış kulak yolunda veziküler döküntüler ile karşımıza çıkan bir reenfeksiyondur. (Şekil 25) Şiddetli vakalarda hastada sinirsel tip işitme kaybı ve kranial tutulum da görülebilmektedir.



Şekil 2.25. Ramsay Hunt Sendromu (18)

Tanı:

Anamnez ve fizik muayene ile beraber laboratuvar testlerle tanı konulmaktadır. Kültürle veya floresan antikor testleri ile herpes zoster otikus tanısı doğrulanmaktadır.

Tedavi:

Antiviral ajanlar ile beraber fasiyal paralizinin gerilemesi için oral steroidler tedavide kullanılmaktadır.

Büllöz Eksternal Otit

Genellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarını takiben ortaya çıkan dış kulak yolu enfeksiyonudur (10).

Patogenez:

Büllöz eksternal otit etiolojisinde genellikle viral ajanlar suçlanmaktadır. *P.aeruginosa* ve *Mycoplasma pneumonia* de hastalığa neden olan etkenlerdendir (10).

Belirti ve Bulgular:

Hasta aniden gelişen ciddi kulak ağrısını takiben dış kulak yolundan gelen hemorajik ve serohemorajik akıntı ile karşımıza gelmektedir. Daha öncesinden bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme ve akıntidan sonra kulak ağrısında gerileme olmaması büllöz eksternal otit için önemli belirteçlerdir (10).

Tanı:

Anamnez, fizik muayene ve kültür inceleme ile tanı konulmaktadır (10).

Tedavi:

Analjezik tedavi ve akut otitis media gelişimini önlemek için sistemik antibiyoterapi tedavisi uygulanmalıdır. Ampisilin, trimetoprim-sülfametoksazol veya eritromisin tedavide kullanılabilecek antibiyotiklerdir (10).

Büllöz Mirenjit

Kulak zarının viral ya da bakteriyel enfeksiyonlarına mirenjit adı verilmektedir. Daha öncede bir üst solunum yolu enfeksiyonu, akut otitis eksterna veya akut otitis mediyı takiben ortaya çıkmaktadır. Timpanik membran üzerinde bül gözleniyorsa büllöz mirenjit; kulak zarında sadece ödem ve koyu kızarıklık varsa hemorajik mirenjit adını almaktadır (10).

Patogenez:

Etiyolojisi tartışmalı olmakla beraber sıklıkla viral ajanlar suçlanmaktadır. Üzerine bakteriyel enfeksiyonlar da eklenebilmektedir (10).

Belirti ve Bulgular:

Kulakta dolgunluk ve çınlama ile birlikte aniden ortaya çıkan şiddetli ağrı en önemli semptomlardır. Ağrıdan bir süre sonra dış kulak yolunda hemorajik akıntı meydana gelmektedir. Akıntı ile beraber ağrının azalması büllöz mirenjit açısından önemli bir belirteçtir. Otoskopik muayenede timpanik membran ödemli, hiperemik ve üzerinde bir veya birkaç adet bül görünümü mevcuttur (10). (Şekil 26)



Şekil 2.26. Büllöz Mirenjit (19)

Tanı:

Tanı anamnez ve fizik muayene bulguları ile kültür inceleme ile tanı konulmaktadır (10).

Tedavi:

Analjezik ve antibiyoterapi verilmelidir. Ampisilin, trimetoprim-sülfametaksazol veya eritromisin tedavide kullanılabilecek antibiyotiklerdir (10).

Otitis Media**Akut Otitis Media:**

Akut otitis media (AOM) orta kulak kavitesinde görülen inflamasyon durumudur. Genellikle çocukluk çağında karşımıza çıkmaktadır. Görülme riskinin en

yüksek olduğu dönem ilk 2 yaş olmakla beraber 6 yaş sonrası hastalığın insidansı anlamlı şekilde düşmektedir.

İlk 2 yaşta AOM çoğunlukla iki taraflıdır. Bu dönemde prevalansı kız ve erkek cinsiyette aynıdır. 5 yaşından sonra daha çok tek taraflı gelişir ve erkeklerde hastalığa daha sık rastlanır. İleri yaşlarda görülme sıklığı çocuklarınkinden daha azdır (10,12,20).

Patogenez:

AOM gelişiminde en önemli risk faktörü üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Bunların çoğunluğu viral olmasına karşın AOM bakteriyel olarak kabul edilmekte ve buna göre tedavi verilmektedir. Östaki tüpünün nazofarengial bölümünün mukozası timpanik alandaki gibi mukosiliyer sistem olarak devam etmektedir. Dolayısıyla östaki tüpünün; ödem, tıkaçıcı lezyon veya orta kulak kavitesindeki basınç artışı gibi nedenlerle etkilenmesi bu alandaki mukosiliyer aktiviteyi de olumsuz etkilemektedir. Mukosiliyer aktivitenin bozulması üst solunum yolu enfeksiyonlarının farinks üzerinden orta kulağa geçişine ve AOM oluşmasına neden olmaktadır. AOM için orta kulak mukozasını etkileyen mekanik faktörler de önem taşımaktadır. Basınç artışına bağlı gelişen travmalar veya orta kulağa timpanik membran perforasyonu gibi nedenlerle giren etkenler mukoza yüzeyinde zedelenmelere yol açmakta ve enfeksiyona zemin hazırlamaktadır. Ayrıca bebeklik döneminde biberon ile beslenme de östaki tüpüne kaçışlara neden olduğundan AOM için önemli bir risk faktörüdür.

AOM etkeni olarak en sık karşılaşılan patojenler sırasıyla *S. pneumoniae* ve *H. influenzae*' dir. Altı haftadan daha küçük bebeklerde gram (-) enterik mikroorganizmalar ve *S. aureus* daha sık AOM' ye neden olmaktadır. 5 yaş üstü çocuk ve yetişkinlerde *S. Pnömoni* en sık etken olup *H. influenza* geri plana geçmektedir. *M. catarrhalis* de son zamanlarda AOM etkenleri arasında yerini almaktadır. *P. auroginosa* immünsüprese veya dirençli hastalarda nadiren karşımıza çıkan AOM etkenlerindendir. *Respiratuar sinsityal virüs (RSV)*, *influenza virüsü*, *enterovirüs* ve *rinovirus* orta kulak enfeksiyonlarında ve öncesinde geçirilen üst solunum yolu enfeksiyonlarında en sık tespit edilen viral patojenlerdir (10).

Hastalığın Seyri ve Evreleri:

Enfeksiyonun progresyonunda belli aşamalar gözlenir. Bu aşamalar birbirinden çok net çizgilerle ayırt edilemese de ilerleyiş hakkında genel değerlendirme yapmak açısından hekime yardımcı olur (10).

Hiperemi Evresi:

Enfeksiyon; östaki tüpü, orta kulak boşluğu ve kulak zarında mukozal inflamasyon ile başlamaktadır. Mukozadaki inflamasyon nedeniyle timpanik alanda patolojik bir gaz içeriği oluşmakta, buna bağlı bir bağışıklık yanıtı meydana gelerek damarlarda dolgunluk ve ödem oluşmaktadır (10).

Bu aşamada henüz kulakta ağrı hissedilmemektedir. Bu evrede otoskopik muayenede timpanik membran üzerinde hiperemi ve ödem izlenmektedir (10,20). (Şekil 27)



Şekil 2.27. Hiperemi Evresi (20)

Eksüdasyon Evresi:

Enfeksiyon ilerledikçe orta kulaktaki mastoid hücreler de etkilenir. Timpanik kavitede başlangıçta oluşan gaz birikimi giderek azalır ve yerini seröz, hemorajik, pürülan ya da bunların birleşiminden oluşan sıvı birikimine bırakır. Bu eksüdasyon kavitedeki basıncı arttırarak kulak zarı üzerinde bombeleşmeye neden olur (10).

Ateş, kulak ağrısı, dolgunluk hissi ve işitme azlığı bu dönemde hastayı hekime getiren şikayetlerdir. Fizik muayenedeki en önemli bulgu kulak zarında hiperemi ve bombeleşmedir (10,20). (Şekil 28)



Şekil 2.28. Eksüdasyon Evresi (20)

Süpürasyon Evresi:

Enfeksiyonun ilerleyen aşamasında sıvı birikiminin artması ve östaki tüpünün obstrüksiyonu nedeniyle boşaltılamaması ile orta kulakta sıvı basıncı artmakta ve timpanik membranda perforasyonlara yol açmaktadır. Dış kulak yolundan önce hemorajik sonra hemorajik-pürülan en son pürülan akıntı boşalmaktadır. 72 saat sonra akıntı genelde kesilmekte ve hastanın ağrı, ateş gibi semptomları da gerilemektedir. Fizik muayenede en önemli bulgular kulak zarında hiperemi ve perforasyondur (10,20). (Şekil 29)



Şekil 2.29. Süpürasyon Evresi (20)

Rezolüsyon Evresi:

Hastalığın gerileme evresidir. İlk üç evreden herhangi birini takiben kendiliğinden veya antibiyoterapiye bağlı olarak gelişmektedir. Orta kulak içerisindeki sıvının tamamen boşalması 2-4 haftayı bulabilmektedir. Bu süreç içerisinde kontrollerde semptomlar gerilemesine rağmen eksüda devam edebilmektedir (10,20).

Koelasyon Evresi:

İlk üç evreden birinde iyileşme süreci başlamayan AOM olgularında enfeksiyonun ilerlemesi mastoid hücrelerin etkilenmesine, mukozada hipertrofi ve hücrelerde sıvı birikimine neden olmaktadır. Mastoid hücreler arasında ince kemik duvarlar inflamasyonun etkisi ile eriyerek tek bir hücre halini almaktadır. Bu hücrede sıvı, granülasyon dokusu ve püy toplanmaktadır. Sonuç olarak enfeksiyon mastoid hücre dışına çıkarak akut mastoidit tablosu gelişmektedir. Hastanın bu evrede şikayetleri azalmakta ancak uzun süre akıntı devam etmektedir (10,20).

Komplikasyon Evresi:

Koelasyon evresinin ilerlemesi ile hastalık çevre dokulara sıçramaya devam etmekte ve komplikasyonlara yol açmaktadır. Oluşabilecek komplikasyonlar; subperiosteal apse, subkutan apseler, ekstradural apse, subdural apse, menenjit, beyin apsisi, lateral sinüs tromboflebiti, otitik hidrosefali, labirentit, petrozit, Gradenigo sendromu, Bezold apsisi, Citelli apsisi olarak sıralanmaktadır (10).

AOM'nın komplikasyon evresinde olduğunu gösteren semptomlar; baş dönmesi, fasiyal paralizi, kulakta çınlama veya postauriküler alanda şişlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Ateşin yeniden yükselmesi ve klinik tablonun kötüleşmeye başlaması uyarıcı işaretlerdir (10).

Tanı:

Hastalığın tanısı anamnez ve fizik muayene ile birlikte laboratuvar testleri ile konulmaktadır. Otoskopik muayenede AOM bulgularının gözlenmesi tanıda en önemli yol gösterici olmakla beraber hemogramda lökositoz görülmesi, CRP yüksekliği bakteriyel enfeksiyon ayrımını yapmak açısından önemli bulgulardır (10).

Tedavi:

Hastanın öncelikle ağrı ve ateş şikayetlerine yönelik semptomatik tedavi başlanmalıdır. Semptomatik tedavide non-steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) grubu ilk

tercih olmalıdır. Analjezik tedavide kulak üzerine sıcak uygulama da tavsiye edilmelidir. Direnç gelişiminin önüne geçmek, tedavi maliyetini düşürmek ve hasta uyumunu arttırmak açısından 2 yaşından büyük, şikayetleri ciddi olmayan ve genel durumu iyi ve yakın zamanda antibiyotik kullanmamış olgularda ilk etapta antibiyotik tedavi başlanmamalı ilk 48-72 saat hastanın kliniği yakından takip edilmeli ve semptomlarda ilerleme gözlenirse antibiyotik başlanmalıdır. 2 yaş altı, kötü klinik tablo ile başvuran hastalarda antibiyoterapi tedaviye eklenmelidir (10).

Ampirik tedavide ilk tercih antibiyotik amoksisilindir. Amoksisilin AOM'ya en sık sebep olan *S.Pnömoni* 'ye etkili olmasına karşın, *H.influenza* ve *M.cataralise* karşı etkili değildir. İkinci ve üçüncü kuşak sefalosporinler *H.influenza* ve *M.cataralis* enfeksiyonlarında daha etkilidir. Klaritromisin ve azitromisin tüm AOM etkenleri için etkinliğe sahiptir.

Tedavi süresi ortalama 5-7 gün, 2 yaş altındaki bebeklerde veya makrolid tedavisinde 10 gün olmalıdır (21). Başlanan antibiyotik tedaviye ilk 48-72 saat içinde yanıt alınamazsa başka bir antibiyotiğe geçilmeli veya ikinci bir antibiyotik tedaviye eklenmelidir (10).

Hastanın efüzyon açısından takibi de önemlidir. 4 haftadan sonra orta kulakta sıvı birikimi devam eden hastalar ileri tetkik açısından üst basamağa yönlendirilmelidir (10,20).

Efüzyonlu (Seröz) Otitis Media:

Timpanik kavitede herhangi bir enfeksiyon olmadan inflamasyon gelişmesi ve bu inflamasyon sonucu bu alanda seröz ya da mukoid karakterli sıvı birikimi olmasına efüzyonlu (seröz) otitis media (EOM) adı verilmektedir (10,12).

Tuba östaki disfonksiyonu nedeniyle kendiliğinde veya AOM sonrası inflamasyonun devam etmesi sonucu ortaya çıkabilmektedir (10).

EOM en sık 6 ay – 4 yaş arası çocuklarda görülmektedir. İlk bir yaşta bebeklerin %50'si EOM geçirmekte iken bu oran 2 yaşında %60 olmaktadır. EOM atakları çoğunlukla 3 ay içinde kaybolurken çocukların %30-40'ında nüks edebilir ve %5-10'u ise 1 yıldan fazla devam edebilir. Hastalığın prevalansı ülkemizde %6.5 ile %11.14 arasındadır (10,22).

Cinsiyet, genetik faktörler, yaş, biberon ile beslenme, sigara maruziyeti, alerji, önceden geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonları, çocuklar için okula veya kreşe gitme öyküsü, yarık damak gibi faktörler EOM için sayılabilecek risk faktörleridir (10,22).

Patogenez:

EOM gelişiminde en önemli risk faktörü tuba östaki disfonksiyonudur. Östaki disfonksiyonu timpanik kavite içerisindeki hava basıncının azalmasına ve içeride negatif basınç oluşumuna yol açmaktadır. Timpanik membran dışardaki pozitif basıncın etkisiyle orta kulağa doğru çekilmekte ve bu durumun uzun süre devam etmesi timpanik kavite mukozası tarafından seröz veya mukoid kıvamlı bir salgı üretimine sebep olmaktadır. Orta kulakta enfeksiyon olmadan bir inflamasyon yanıt oluşmakta ve içi sıvı ile dolmaktadır (22).

Küçük çocuklarda genellikle AOM enfeksiyonu sonrası sıvının östaki disfonksiyonuna veya tıkanıklıklara bağlı olarak gerilememesi sonucu EOM ortaya çıkmaktadır (10,22).

Efüzyon birkaç hafta içinde gerilemezse koyu bir kıvam alarak orta kulaktaki yapıların titreşimini engellemekte ve işitme fonksiyonlarının bozulmasına sebep olmaktadır. Daha uzun süreli devam eden EOM vakalarında yetişkin dönemde kalıcı işitme problemleri karşımıza çıkmaktadır (10,22).

EOM'da orta kulaktaki sıvı genellikle steril olmakla beraber kronik vakaların %30-50'sinde *S. pnömoni*, *H. influenza*, *M. catarrhalis* ve *grup A streptokok* üremesi olmaktadır (10).

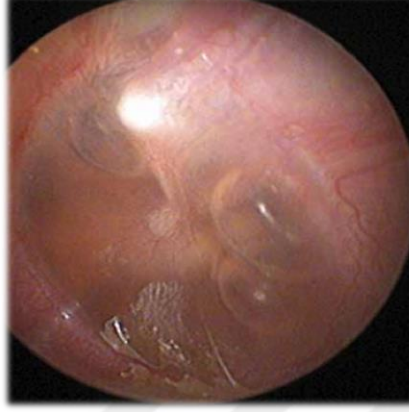
Belirti ve Bulgular:

Hasta kulakta dolgunluk hissi, işitme problemleri, tinnitus, sersemlik hissi gibi şikayetlerle başvurabilmektedir. Küçük çocuklarda aile ya da öğretmenleri tarafından farkedilen işitme veya denge bozuklukları, konuşma ya da öğrenme ile ilgili problemler, sürekli tekrarlayan kulak ağrıları, üst solunum yolu enfeksiyonları veya AOM öyküsü, davranış bozuklukları EOM açısından dikkat edilmesi gereken belirtiçlerdir (10,12,22).

Hastalığın tanısında tam bir anamnez ve fizik muayene gerekmektedir. Otoskopik muayenede orta kulakta sıvı birikimi izlenmektedir. Kulak zarı mat ve hareketsizdir. Işık üçgeni görülememektedir. AOM'dan farklı olarak timpanik membran

orta kulağa doğru retrakte görünümlüdür. Zarın gerisinde hava-sıvı kabarcıkları izlenmektedir. (Şekil 30)

Hastaların %5’lik bir kısmında zar hiperemik görünmektedir (10,12,22).



Şekil 2.30. Efüzyonlu Otitis Media (22)

Tanı:

Hastalığın tanısında en önemli yol gösterici anamnez ve fizik muayene olmakla beraber ikinci veya üçüncü basamak sağlık merkezlerinde pnömotik otoskopi, timpanometri veya akustik reflektometri gibi cihazlardan da faydalanılmaktadır (10).

Hastanın efüzyonu üç ay veya daha uzun süredir devam ediyorsa, bariz bir işitme problemi varsa, algılama ve öğrenmede sorun yaşıyorsa ve konuşma bozuklukları mevcut ise mutlaka işitme testi için yönlendirilmelidir (10).

Tedavi- Takip:

Risk faktörü olmayan, asemptomatik ve bariz bir işitme kaybı olmayan hastalar 3-6 aylık aralıklarla takip edilmelidir. Her takipte fizik muayene ve işitme testleri tekrarlanmalıdır. Eğer hastanın semptomu yoksa ve kendiliğinden düzelme olasılığı varsa EOM üç aydan uzun sürse dahi herhangi bir cerrahi müdahale ya da tıbbi girişim önerilmez (10).

Farmakolojik tedavi antibiyotik ve eşlik eden akut üst solunum yolu enfeksiyonu için verilen semptomatik tedaviyi kapsamaktadır. EOM’ da bazen bakteri üremesi olmaktadır. Bunun öngörülemediği durumlarda 7-10 günlük süreyle bir defaya mahsus olmak üzere bölünmüş dozlarla 40-50 mg/kg’dan amoksisilin kullanımının fayda

sağlayabileceği yapılan çalışmalarda görülmüştür (23). Fakat antibiyotik kullanımı sonrası hastalığın seyrinde bir farklılık izlenmemişse tekrar kullanılmamalıdır (24).

Hastada;

- EOM yaz veya sonbaharda başlamışsa,
- Daha önce işitme problemi olmayan kulakta 30 dB'den fazla kayıp gelişmişse
- Öncesinde tüp tatbiki yapılmışsa
- Hastanın adenoidektomi öyküsü varsa, bu durumlarda spontan rezolüsyon ihtimali azalmaktadır.

Risk faktörü taşıyan ve takiplerde düzelme olmayan işitmede gerileme olan hastalar ayrıntılı odyolojik inceleme ve gerekirse timpanostomi için bir üst merkeze yönlendirilmelidir (10).

Kronik Otitis Media:

Patogenezi:

AOM veya EOM hastalarının progresyonunun iyi olmadığı durumlarda timpanik membran perforasyonu meydana gelmekte ve kulak akıntısı oluşmaktadır. Süpüratif kulak akıntısının üç aydan daha uzun süre devam etmesi kronik otitis media (KOM) olarak bilinmektedir (12).

AOM ve EOM için zemin hazırlayan durumlar ile genetik ve yapısal faktörler KOM için risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (10,12,25).

KOM mikrobiyolojik incelemelerinde pek çok etkene rastlanmaktadır. Çoğunlukla *Pseudomonas aeruginosa* ve proteus türleri akıntı kültüründe üremektedir. *Staphylococcus aureus* ve *Escherichia coli* yine sık üreyen etkenlerdir. *Klebsiella*, *Acinobacter* de nadiren de olsa karşımıza çıkan etkenlerdendir (10).

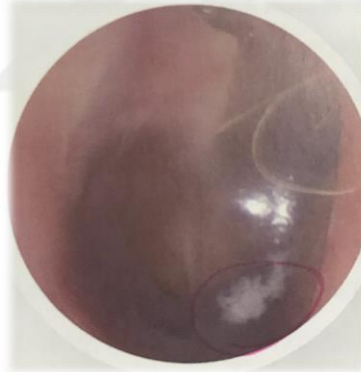
Belirti ve Bulgular:

KOM hastaları genellikle üç aydan uzun süren bazen yıllardır devam eden kötü kokulu kulak akıntısı ile başvurur. Ağrı, vertigo, tinnitus gibi şikayetler çoğunlukla görülmez. Hastalığın derecesine, perforasyonun boyutuna ve kemikçik zincirin etkilenmesine bağlı olarak işitme kaybı gelişebilir (10,12).

Otoskopik muayenede en önemli bulgu timpanik membran perforasyonudur. (Şekil 31) Hastalık aktif dönemde ise akıntı gözlenebilmektedir. Sadece perforasyon mevcut olup akıntı izlenmiyorsa KOM sekeli düşünülmelidir. Bazen timpanik membrandaki defekt spontan olarak kapanabilmektedir. Böyle olgularda muayenede zar üzerinde kalsifikasyon izlenebilmektedir. Buna “epitelize sekel” adı verilmektedir (10,12). (Şekil 32)



Şekil 2.31. Kronik Otitis Media (25)



Şekil 2.32. Epitelize Sekel (12)

Tanı:

Hastalığın tanısında tam bir anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Kulak akıntısında alınan kültürde etken belirlenmelidir. Hastanın işitmesinin değerlendirilmesi için diyapazon testlerinden de faydalanılmalıdır (10).

Tedavi:

KOM tedavisinde önce akıntının kurutulması gerekmektedir. Antibiyotik ve steroid içeren damlalar akıntının kesilmesi için kullanılmakta olup sistemik

antibiyoterapi gerekmemektedir. Asit borik içeren damlalar da akıntı tedavisinde oldukça etkilidir. Antibiyotik damlalar ile beraber lokal steroid kullanımı timpanik kavite mukozasındaki ödem ve granülasyon dokularının sağaltımını kolaylaştırmaktadır (10).

Akıntı tedavisinden üç ay sonra perforasyonun kapatılması için hasta KBB kliniğine yönlendirilmelidir. Üç aylık tedaviye rağmen akıntının kesilmediği olgularda da cerrahi tedavi gerekmektedir (10).

Komplikasyonlar:

KOM olgularının progresyonun kötü ilerlemesi birtakım komplikasyonlara yol açabilmektedir. Koleastatom oluşumu, menenjit, lateral sinüz tromboflebiti, ekstrasdural abse, subdural ampiyem, beyin absesi, otitik hidrosefalus, mastoidit, fasiyal sinir paralizisi, labirentit, akut petrozit, subperiostal apse, postaurikular apse, bezold absesi gibi durumlar KOM hastalığına bağlı oluşabilecek komplikasyonlardır (10).

Otoskleroz

Duyma mekanizmasının ilk evresi dış kulak yolu tarafından toplanan ses frekanslarının timpanik membran üzerinde titreşimler oluşturması ve titreşimlerin timpanik kavite içinde bulunan sırasıyla malleus, inkus, stapes adı verilen küçük kemikçiklere iletilerek iç kulağa yönlendirilmesidir. Stapes orta kulakla iç kulak arasında bağlantıyı sağlayan oval pencere ile temas halindedir. Orta kulaktaki ses titreşimlerini oval pencere üzerinden iç kulağa iletir (10,12).

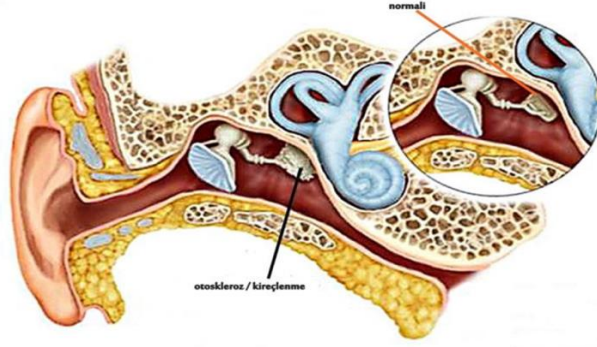
Otoskleroz iletim tipi ve mikst tip işitme kayıplarının sık görülen nedenlerinden biri olan genetik geçişli bir hastalıktır. Görülme sıklığı %25-40 arasındadır. Kadınlarda iki kat daha fazla karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun hormonal değişimlere veya doğum kontrol ilaçlarına bağlı olabileceği görüşü yaygın olsa da net bir çalışma yoktur (10).

Otoskleroz için suçlanan bir diğer risk faktörü ise kızamık virüsüdür. Son yapılan çalışmalarda otoskleroz odaklarının bulunduğu temporal kemiklerin büyük çoğunluğunda kızamık virüsü tespit edilmiştir (10,12).

Patogenezi:

Otosklerozda orta kulak ve iç kulak işitme organlarını barındıran kemik yapıda odaklar şeklinde yeni düzensiz kemik oluşumu izlenmektedir. Sıklıkla tutulan alan

stapesin oval pencereyle temas ettiği noktadır. (Şekil 33) Bu durum orta kulaktaki titreşimlerin iç kulağa iletilmesini bozarak iletim tipi işitme kayıplarına neden olmaktadır. Hastalığın ilerleyerek kemikleşmenin oval pencerenin gerisinde kalan yapılara sıçraması ile iletim tipi işitme kayıplarına sensörinöral tip kayıplar da eklenerek mikst tip işitme kayıpları ortaya çıkmaktadır (10,12).



Şekil 2.33. Stapedial Otokleroz (26)

Belirti ve Bulgular:

Hastalar genellikle 15-45 yaş arasındadır. En sık başvuru yakınmaları genelde çift taraflı gelişen asimetrik ve yavaş ilerleyen işitme kaybıdır. Hastaların bir kısmı tipik olarak gürültülü ortamlarda karşılıklı konuşmaları daha net işittiklerini ifade ederler. Bu duruma “Willis parakuzisi” adı verilmektedir. Kulakta çınlama ikinci en sık başvuru nedenidir. Nadiren vertigo ve denge bozuklukları görülebilmektedir (10,12).

Otoklerozu diğer iletim tipi işitme kayıplarından ayıran bir diğer fizik muayene bulgusu da hastaların genellikle kısık ses tonuyla konuşmalarıdır. Bu durumun nedeni kemik yolu iletimi arttığı için bu hastaların kendi seslerini çok yüksek duymalarıdır (12).

Otoskopik muayenede görülebilecek tipik bulgulardan birisi zarın belli bir alanının parlak kırmızı renkte izlenmesi olarak bilinen “Schwartz bulgusu” dur. (Şekil 34) Schwartz bulgusu vakaların %10’luk bir kısmında görülebilmektedir. Osteogenez imperfekta ve otoklerozun birlikte bulunduğu Van Der Hoeve sendromunda hastanın skleralarında mavi renk değişimi izlenebilmektedir (10).



Şekil 2.34. Schwartz Bulgusu (12)

Tanı:

Hastalığın tanısında öncelikle ayrıntılı anamnez ve fizik muayene bulguları yol göstermektedir. İlerleyici tarzda işitme kaybı, aile öyküsü, Willis parakuzisi, alçak sesle konuşma, otoskopik muayenede Schwartz bulgusu bize otoskleroza düşündürülen önemli işaretlerdir (10,12).

Bunlarla beraber erken dönemde diyapazon testlerinde Weber testinin işitme kaybı olan tarafa lateralize olması ve Rinne testinin aynı tarafta negatif olması o kulakta iletim tipi işitme kaybının olduğunu göstermektedir. İlerleyen süreçte hastalık koklear tutulum yaparsa sensörinöral tip işitme kaybı da üzerine eklenerek mikst tip işitme kayıpları oluşabilmektedir (10,12).

Odyometri, timpanometri ve ince kesit temporal bilgisayarlı tomografi (BT) daha üst merkezlerde yapılan ve tanıya yol gösteren ileri tetkiklerdir (12).

Tedavi:

Otoskleroz cerrahi tedavi gerektiren bir hastalıktır. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen veya cerrahi için uygun olmayan hastalarda “sodyum florid” tedavisi verilebilmektedir. Fakat bu tedavinin uygun olup olmadığı tartışmalıdır (10,12).

Birinci basamakta otosklerozdan şüphe edilen hastalar mutlaka direkt olarak bir KBB kliniğine yönlendirilmelidir.

İşitme Kayıpları

Ani İşitme Kaybı:

Ani işitme kaybı; 3 günden kısa sürede gelişen, en az 3 frekansta 30 dB'den fazla sebebi ortaya konulamayan işitme kaybıdır. İşitme kaybının tipi çoğunlukla sensörinöraldir. Daha az sıklıkta iletim tipi veya mikst tip de karşımıza çıkabilmektedir. Genelde unilateral işitme kaybı mevcuttur. Hastalık sıklıkla idiopatik olsa da kalıtsal nedenler, viral hastalıklar (herpes zoster, kızamık, influenza, adenovirüs gibi...), kulakta toksik etkilere yol açan ilaçlar, otoimmün veya damarsal hastalıklar etiyolojide suçlanan faktörlerdir (10,12).

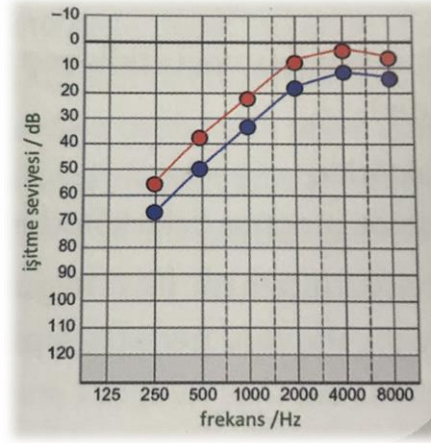
Belirti ve Bulgular:

Hastada aniden gelişen işitme kaybı veya önceden var olan işitme kaybının hızlı bir şekilde ilerlemesi en önemli semptomdur. İşitme kaybına en sık eşlik eden semptom kulakta çınlama ve uğultu hissidir. Vakaların bir kısmında denge bozuklukları da görülebilmektedir.

Hastanın otoskopik muayenesi genellikle normaldir (10,12).

Tanı:

Ayrıntılı anamnez ve etiyolojik faktörlerin sorgulanması tanıda en önemli aşamadır. Fizik muayene genelde normaldir. Odyolojik inceleme testleri yapılmalıdır. Odyometride ardışık 3 frekansta 30 dB'den fazla kayıp mevcuttur. (Şekil 35) Laboratuvarda; hemogram, kan glukozu, kan lipitleri, protein değeri, tiroid fonksiyon testleri, koagülasyon testleri, periferik yayma ve sedimentasyon testlerinden altta yatan nedeni araştırmak amacıyla faydalanılmaktadır. Bunların yanında immünolojik panel ve mikrobiyoloji testleri de etiyolojinin saptanmasında yol göstermektedir (10).



Şekil 2.35. Ani İşitme Kaybı Odyometrisi

Çocuk hastada gelişen ani işitme kaybında konjenital anomaliler mutlaka akla getirilmeli ve kranial-temporal BT ve manyetik rezonans incelemesi (MR) gibi gerekli görüntüleme testleri yapılmalıdır (10).

Tedavi:

Ani işitme kaybında öncelikle istirahat ve parenteral, oral veya intratimpanik kortikosteroid tedavisi önerilmektedir. Bunlar dışında altta yatan herhangi bir neden saptanmış ise onlara yönelik vazodilatörler, antiviral ilaçlar, antikoagülanlar, diüretikler, hiperbarik oksijen ve kombine tedaviler de uygulanabilmektedir (10,12).

Ani işitme kaybı erken tanı ve tedavi ile kalıcı defektlerin önüne geçilebilecek KBB'nin acili kabul edilen hastalıklardan biridir. Bu nedenle dikkatli incelenmesi gerekmekte; muayenede ani işitme kaybı şüphesi olan hastalar ayrıntılı inceleme ve tedavi için ivedilikle üst merkezlere yönlendirilmelidir (10).

Presbiakuzi:

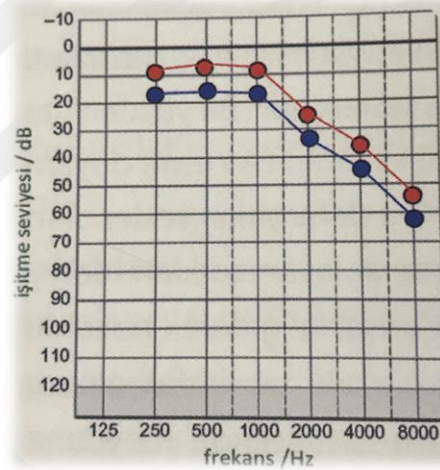
Genelde 40-45 yaşlarından sonra iç kulakta gelişen dejenerasyona bağlı olarak meydana gelen sensörinöral tip işitme kayıplarıdır. İlerlemiş yaşla birlikte presbiakuzi insidansı giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalarda 65-70 yaşlarında hastalık sıklığının toplumda %70-80'lere ulaştığı görülmektedir. Etiyolojide yer alan en önemli sebep genetik faktörlerdir. Gürültüye maruziyet, vasküler veya nöropatik hastalıklar, sigara, ototoksik ilaçlar gibi çevresel faktörler de az da olsa hastalık oluşumunda rol oynamaktadır. Hastalık çoğunlukla bilateral ve simetriktr (10,12).

Belirti ve Bulgular:

Hastalar genellikle tiz sesleri (kapı zili, kadın ve çocuk konuşmaları vs.) duyamama şikayeti ile doktora başvurur. İşitme kaybına en sık eşlik eden semptom kulakta çınlama ve uğultu hissidir. Hastalık ilerledikçe diğer sesleri de duyma ve anlama azalmaya başlar. Çınlama hastalığın ilerlemesiyle geceleri artar ve hastanın uyumakta zorlanma gibi yakınmaları ortaya çıkar. Hasta gündüz ve gürültülü ortamlarda daha iyi işittiğini ifade eder. Otoskopik muayenede herhangi bir bulgu saptanmaz (12).

Tanı:

Anamnez, fizik muayene, Weber ve Rinne testleri ve odyometri tanıda yol gösteren başlıca yöntemlerdir. Odyometride özellikle tiz frekanslarda sensörinöral tip işitme kaybı görülmektedir. (Şekil 36) Hastalık ilerledikçe diğer frekanslarda da azalma saptanmaktadır (12).



Şekil 2.36. Presbiakuzi Odyometrisi

Tedavi:

Hastalığın medikal tedavisi mümkün olmamakla birlikte progresyonunu hızlandıran faktörlerden kaçınmak önerilmelidir. İşitme kaybının giderilmesi için işitme cihazlarından faydalanabilmektedir (12).

Akustik Travma:

Uzun süre 85 desibel (dB) ve üzeri şiddetteki seslere maruz kalmak veya birden yüksek şiddetteki sese (patlama vs.) anlık maruziyet iç kulakta yer alan korti organında ve tüylü hücrelerde harabiyete yol açmakta ve SNİK görülmektedir. Bazı hastalarda ani

blast etkisine bağlı olarak timpanik membran perforasyonları ortaya çıkabilmektedir (12,27).

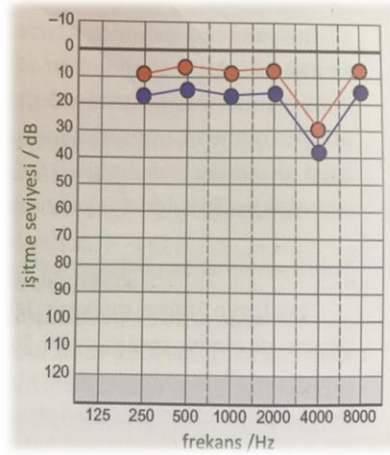
Belirti ve Bulgular:

Akut akustik travmada hastanın anamnezi tipik olarak ani yüksek şiddetli sese maruziyet sonrası meydana gelen işitme kaybı, kulakta şiddetli çınlama ve bazen vertigoyla beraber denge bozukluklarının gelişmesi şeklindedir. Uzun süreler içinde hastanın sürekli 85 dB ve üzeri seslere sürekli maruz kalması da duyma eşiğini değiştirmekte ve kalıcı SNİK ortaya çıkmaktadır (12,27).

Hastanın otoskopik muayenesi normal olmakla beraber diyapazon testlerinde SNİK saptanabilir (12).

Tanı:

Tanıda anamnez ve fizik muayene önemlidir. Bunun yanında işitme testlerinden de faydalanılmaktadır. Odyometride tipik bulgu 4000 hertzde (Hz) entik şeklinde SNİK görünümüdür. (şekil 37) Bunun nedeni yüksek şiddetdeki sese en duyarlı olan alanın kokleada bazal kıvrımlar üzerinde yer alan 4000 Hz bölgesi olmasıdır. İşitme kaybı ilerledikçe diğer frekanslarda da düşmeler görülebilmektedir (12,27).



şekil 2.37. Akustik Travma Odyometrisi (12)

Tedavi:

Akustik travmaya bağlı işitme kayıplarında geçici duyma eşiği değişen hastalar kendiliğinden dzelebilirken kalıcı eşiğ oluşan hastalarda spontan gerileme görülmemektedir. Hastaların bir KBB hekimi tarafından yatırılarak ani işitme kaybına benzer şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. Tedavide sıklıkla kortikosteroidler ve

hiperbarik oksijen tedavisi tercih edilmektedir. Hastanın gürültüye maruziyetinin azaltılması sağlanmalı ve iletim tipi kayıplara yol açacak perforasyon gibi nedenler varsa düzeltilmelidir (12,28).

Tinnitus

Halk arasında kulak çınlaması olarak bilinen tinnitus; dış ortamdan herhangi bir ses uyarını yokken kişinin kulağında uğultu, vızıltı vs. şekilde tarif ettiği sesleri duymasıdır.

Görülme sıklığı toplumda %10-17 olmakla beraber bu oran yaş ilerledikçe artmaktadır. Erkeklerde daha sık rastlanmaktadır. Başlangıçta tek taraflı ve sol tarafta daha yaygın oluşurken ilerledikçe çift taraflı hal almaktadır (10,12).

Patogenezi:

Hastalığın patogenezi iç kulakta yer alan kokleadan sesin algılandığı beyin lobuna kadar olan herhangi bir alanda kendiliğinden elektriksel sinyaller oluşması sonucu kişinin ortamda ses uyarını olmadan ses duyması şeklindedir. Bu elektrik sinyallerinin neden oluştuğuna yönelik net bir etiyoloji ortaya koyulamamıştır (10,12).

Tanı:

Tanıda anamnez en önemli yol göstericidir. Anamnezde öncelikle kulak ile ilgili ek şikayetler ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. İşitme kaybı, kulakta dolgunluk veya ağrı, denge bozuklukları veya vertigo olup olmadığı öğrenilmelidir. Çınlamanın özellikleri ve karakteri detaylı olarak sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede kulakta görünür bir otoskopik bulgu olup olmadığı değerlendirilir. Temporomandibuler eklem de fizik bakıda değerlendirilmelidir. Hastanın boyun damarları oskulte edilmeli ve tinnitusla eş zamanlı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Yumuşak damakta herhangi bir senkronik kasılma olup olmadığı değerlendirilmelidir (12).

Hastada işitme problemi olup olmadığı diyapazon testleri ve odyometrik testlerle değerlendirilmelidir. Bunlar yapıp kulak hastalıkları dışlandıktan sonra laboratuvar testleri de ayrıntılı değerlendirilmelidir. Hemogram, sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri, kan lipitleri, vitamin ve mineral eksiklikleri açısından gerekli testler yapılmalıdır. Gerekli durumlarda kraniyal lezyonlar açısından görüntüleme yöntemlerinden de faydalanılmalıdır (12).

Tedavi:

Öncelikli olarak hastada çınlamayı tetikleyen veya arttıran nedenler varsa onlar ortadan kaldırılmalıdır. (sigara, alkol, ilaç, gürültü vs.) Altta yatan organik bir hastalık varsa mutlaka tedavi edilmelidir (12).

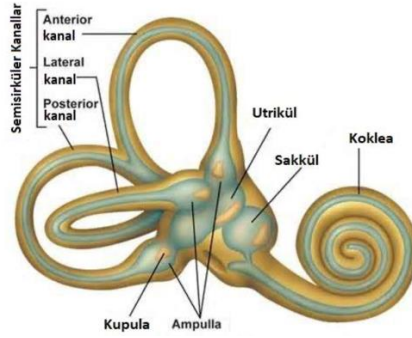
Tüm olası nedenler dışlandıktan sonra hala çınlama devam ediyorsa hastanın gürültüsüz ortamlarda şikayetleri daha çok artacağından uykuya rahat dalması açısından ortamdaki bazal sesi arttırması önerilebilmektedir. Medikal tedavi olarak betahistin hidroklorür, pirasetam, ginkgo giloba ekstreleri, antidepresanlar, trankilizanlar kullanılabilecek ajanlardır (10,12).

Kullanılan diğer yöntemler maskeleme tedavileri ve psikoterapilerdir (10,12).

Periferik Vertigo

Denge Fizyolojisi ve Vertigo:

İnsanda dengeyi sağlayan yapılar göz ile bağlantıyı sağlayan oküler sistem, kas ve eklemlerden gelen uyarıları algılayan serebellar sistem ve iç kulakta yer alan tüm bu uyarıları işleyen vestibüler sistemden oluşmaktadır. Vestibüler sistem iç kulakta yer almaktadır. Vestibüler labirent ve 8. kafa çiftinde yer alan vestibüler sinirden oluşmaktadır. Semisirküler kanallar ile utrikül ve sakkül adı verilen organcıklar vestibüler labirenti meydana getirmektedir. (Şekil 38) Her bir semisirküler kanalda ampulla adı verilen kabartı yer almaktadır. Ampullanın içinde krista ve krista üzerine oturmuş halde yer alan kupula organı vardır. Kupula endolenfe benzer jel kıvamında bir yapıdır ve bunun hareketi içerisinde yer alan saçlı hücreleri hareket ettirmektedir. Böylece kişinin hareketleri algılanmaktadır. Utrikül ve sakkül içinde “otolitik taşlar” adı verilen kalsiyum karbonat kristalleri bulunmaktadır. Bu taşlar baş hareketleri ile otolitik organlar olan utrikül ve sakkülde yer alan makula üzerindeki otokonial tabakada yavaşça hareket etmektedir. Tüm bu yapılar periferden gelen uyarıları güçlü elektriksel sinyaller oluşturarak vestibüler sinire aktarmaktadırlar. Bu olayların her iki kulakta simetrik olarak gerçekleşmesi ile denge sağlanmaktadır. Uyarılarda tek taraflı aksamalar meydana geldiğinde bu durum baş dönmesi yani “vertigo” ya da denge bozukluklarına sebep olmaktadır. Uyarıların her iki tarafta bozulması vertigoya neden olmamaktadır (10,12,29).



Şekil 2.38. Vestibüler Labirent (29)

Nistagmus:

Gözler, dengenin sağlanmasında önemli rol oynamakta ve vücudun hareketi esnasında pozisyon değişimlerini algılayarak dengenin hangi tarafa verilmesi gerektiğini belirlemektedir. Denge bozukluklarına yol açan durumlarda gözler vücudun ilk pozisyonu ve yeni pozisyonunu karşılaştırırken sıkıntı yaşamaktadır. Buna bağlı olarak gözlerde istemsiz olarak kişinin ilk konumu ve hareket yönü arasında hızlı atımlar meydana gelmektedir. Bu duruma ‘nistagmus’ adı verilmektedir. Daha çok vertigo hastalarında görülmekle beraber gözlerde yorulma veya kulağa uyarın verilmesi gibi çeşitli nedenlerle de oluşabilmektedir (12,30).

Sebeplerine göre nistagmus tipleri;

- Fizyolojik nistagmus; gözün belli bir noktaya uzun süre sabit bakması ve göz kaslarının yorulmasına bağlı gelişen nistagmustur. Bir hastalıkla ilişkili değildir.
- Spontan nistagmus; vestibüler sistem veya beyinle alakalı patolojilere bağlı gelişen nistagmustur. Çoğu durumda vertigo ile beraber görülmektedir.
- Uyarana bağlı oluşan nistagmus; kulak içine sıcak-soğuk bir uyarın verilmesine bağlı olarak meydana gelen nistagmustur (12).

Göz hareketlerinin yönüne göre nistagmus tipleri;

- Horizontal nistagmus; gözün yatay düzlemde sağa-sola doğru yaptığı atma hareketleridir. Santral veya vestibüler patolojilere bağlı gelişebilmektedir.
- Vertikal nistagmus; gözün yukarı-aşağı yönlü atma hareketleridir. Vertikal nistagmus santral patolojileri ve beyin sapı lezyonlarını düşündürmelidir.

- Rotatuar nistagmus; gözün dairesel düzlemde yaptığı atma hareketleridir ve santral patolojileri akla getirmelidir (12).

Denge Testleri:

Romberg Testi:

Kişi ayakta dururken her iki ayağını birleştirip gözlerini kapattığında herhangi bir tarafa düşme eğilimi olup olmadığı kontrol edilir. Periferik vertigo hastalarında genellikle denge bozukluğunun olduğu tarafa düşme görülmektedir (12).

Unterberger Testi:

Kişiden ayakta dururken kollarını öne doğru uzatıp yerinde adım atması istenir. Santral bir patoloji varsa hasta daha gözlerini kapatmadan hastanın kolları bir yöne doğru dönmektedir. Periferik patolojilerde ise gözler açıkken bir yöne sapma olmazken kapatıldığında hasta denge bozukluğunun olduğu tarafa doğru dönmeye başlamaktadır (12).

Düz Yürüme Testi:

Kişiye düz bir çizgiyi takip ederek yürümesi ve belli noktalarda dönmesi söylenir. Santral lezyonlarda hasta çizgiyi takip edemezken periferik denge bozukluklarında hasta geri dönüşte sıkıntı yaşayarak yönü şaşırmaktadır (12).

Parmak Burun Testi:

Kişide herhangi bir serebellar lezyon olup olmadığını ayırt etmek için kullanılır. Hasta kolunu yana açarak burnuna değdirip çeker. Bu hareketi yapamıyorsa serebellar lezyon düşünülür (12).

Disdiadokinezi Testi:

Hastadan bazı ardışık hareketleri yapması istenir. Yapamaması serebellar bir lezyon olduğunu düşündürmelidir (12).

Past Pointing Testi:

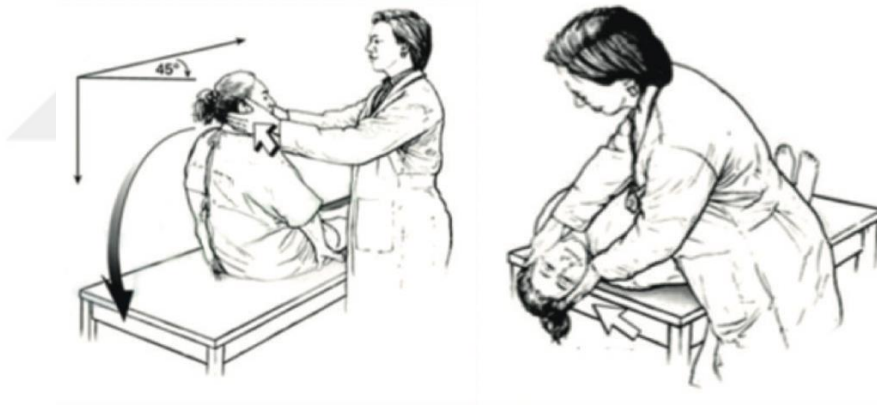
Doktor ve hasta kollarını işaret parmakları temas etmeden aynı hizaya gelecek şekilde ileri doğru uzatır. Önce hastanın gözleri açık sonra kapalı olarak belli bir düzlemde hasta doktorun işaret parmağı hizasında kollarını hareket ettirir. Bu hareketlerin tekrarlanmasında her iki kolun bir tarafa doğru yönelmesi o tarafta olan periferik bir lezyonu akla getirmelidir (12).

Fistül Testi (Hennebert Bulgusu):

Timpanik membranda bir patoloji olmayan hastada tragus üzerine uygulanan bası vertigoya sebep olursa test pozitifdir. Bu durum periferik fistül, meniere veya sifilize bağlı otolojik hastalıkları düşündürmelidir (12).

Dix-Hallpike Testi:

Kişi uygun bir sedye ya da yatağa ayaklarını uzatacak şekilde oturtulur. Hastanın oturduğu yer yattığında başı aşağı sarkacak şekilde olmalıdır. Hekim test edeceği tarafa yakın pozisyonda durarak hastanın başını test edeceği taraf omzuna doğru 45 derece açı ile tutmalıdır. Hekim hastanın başını tutarak hastayı kontrollü olarak sırtüstü başı 30 derece aşağı sarkacak şekilde yatırmalı ve en az 30 saniye hasta izlenmelidir. (Şekil 39) Hastada aynı tarafa doğru horizontal nistagmus varsa ve hasta tekrar kaldırıldığında nistagmusun yönü değişiyorsa o taraf posterior semisirküler kanalda benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) akla gelmelidir. Aynı test diğer taraf için de hasta bir süre dinlendikten sonra tekrarlanmalıdır (31).



Şekil 2.39. Dix-Hallpike Testi Yapılışı (31)

Periferik ve Santral Vertigo Ayrımı:

Vestibüler labirent ile ilgili patolojiler periferik; vestibüler sistemden beyne kadar olan herhangi bir yapıda meydana gelen patolojiler santral vertigoya yol açmaktadır (10,12).

Periferik ve santral vertigoyu ayıran özellikler şu şekilde sıralanabilmektedir;

- 1- Periferik vertigoda hasta baş dönmesini çevresindeki nesnelerin dönmesi şeklinde tanımlamaktayken santral vertigoda sarhoşluk hissi ve dengesizlik söz konusudur.

- 2- Periferik vertigoda kulakla ilgili dolgunluk, tinnitus, işitme problemleri gibi sorunlar eşlik edebilirken santral vertigoda bunlara çok rastlanmamaktadır.
- 3- Santral vertigoda görme bozuklukları, hafıza ile ilgili problemler, ataksi, denge kaybı ve konuşmada sıkıntı eşlik edebilmektedir.
- 4- Nistagmusun tipi ayırıcı tanıda en önemli yol göstericidir. Periferik vertigoda daha çok horizontal nistagmus görülürken santral vertigoda vertikal ve rotatuar nistagmus vertigoya eşlik etmektedir (10,12,29).

Periferik Vertigo Nedenleri:

Bening Paroksizmal Pozisyonel Vertigo (BPPV):

Patogenezi:

BPPV iç kulaktaki utrikül ve sakkül içinde otolitik taş denilen kalsiyum karbonat kristallerinin otokoniyal tabakadan ayrılarak semisirküler kanal içinde serbest hareket etmeleri sonucunda ortaya çıkan bir patolojidir. Bu nedenle ‘kristal kayması’ veya ‘kristal oynaması’ da denilmektedir. Sıklıkla posterior semisirküler kanalda meydana gelse de lateral ve süperior kanalda da görülebilmektedir (12,31) .

Belirti ve Bulgular:

BPPV hastaları genellikle baş hareketleri ile ortaya çıkan, aniden gelişen ve saniyeler süren baş dönmesi tarif ederler. Genellikle başka bir semptom ve bulgu eşlik etmemektedir (12).

Tanı:

BPPV tanısında en önemli tanı testi Dix-Hallpike testidir. Dix-Hallpike testinde aşağı vuran rotatuar nistagmus BPPV için tipiktir ve yaklaşık 2 saniyelik bir latent dönemden sonra oluşmaktadır. Test sırasında baş dönmesi ve nistagmus 20 saniye içinde önce şiddetlenip sonra azalmaktadır (12,31).

Ayırıcı tanıda odyolojik testler, timpanometri ve MRG gibi ileri tanı testlerinden de faydalanılmaktadır. BPPV de bu testlerde herhangi bir bulguya rastlanmamaktadır (12,31).

Tedavi:

BPPV tedavisinde farmakolojik tedavinin faydası görülmemektedir. Tedavi rehabilite edici manevralar ile mümkündür. Bu manevralar içinde en sık kullanılanı

Epley manevrasıdır. Epley manevrası ile posterior semisirküler kanalda yer alan otolit taşları yerine yerleştirilmektedir. Bunun dışında lateral kanalda yer alan taşlar için Barbekü manevrası fayda sağlamaktadır (10,12,32).

Vestibüler Nörit:

Patogenezi:

Vestibülokoklear sinir (8. kafa çifti), işitme ve dengeden sorumludur. Vestibüler sinir, vestibülokoklear sinirin dengeden sorumlu bölümüdür. İnferior ve superior vestibüler sinir olarak iki daldan oluşur. Superior dalı vestibüler organlardan; anterior semisirküler kanal, lateral semisirküler kanal, utrikul ve sakkülün bir bölümü ile ilişkiliyken; inferior dalı ise posterior semisirküler kanal ve sakkülün büyük bölümüyle ilişkilidir (10,12).

Vestibüler nörit; kesin olarak bilinmeyen bir nedenle vestibüler sinirin çoğunlukla superior dalının inflamasyonudur. Etiyolojisi ortaya konulmamış olsa da hastaların çoğunda önceden geçirilmiş ÜSYE öyküsü mevcuttur. Bu nedenler viral etkenler suçlanmaktadır (10,12).

Belirti ve Bulgular:

Vestibüler nöritte hastada aniden başlayan vertigo görülür. Baş dönmesine şiddetli bulantı hissi eşlik eder. Vertigo ilk gün en şiddetli haline ulaşırken genellikle bir hafta içinde giderek geriler ve yerine dengesizlik hissi geçer. Dengesizlik hissi de haftalar ya da aylar içinde kaybolur. Hastanın duyma ile ilgili sıkıntısı yoktur ve işitme testleri normaldir (12).

Fizik muayenede hastada vertigoya eşlik eden spontan nistagmus görülür (10,12).

Tanı:

Anamnez ve fizik muayenede vestibüler nöritten şüphelenilen hastada odyometrinin normal olması ve kalorik testte yanıtın azalması tanıyı doğrular (12).

Tedavi:

Hastalık spontan olarak zaman içinde gerilemektedir. Semptomatik tedavi verilmelidir. Yatak istirahati, vertigo için vestibüler süpresan tedaviler ve bulantı için farmakolojik ajanlar vermek tedavide çoğunlukla yeterlidir. Antiemetik tedavide H1

reseptör antagonistleri önerilmektedir. Hastalığın akut döneminde sistemik steroid tedavisinin de fayda sağladığı görüşü vardır (10,12).

Meniere Hastalığı:

Meniere hastalığı endolenfatik sistemin bir hastalığıdır. Hastalık ortalama yüz binde 10-150 sıklıkta ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla unilateraldir fakat bilateral de görülebilmektedir (12).

Patogenez:

İç kulakta membranöz labirent içinde salgılanan endolenf sıvısı burada bulunan duktuslar aracılığı ile emilerek endolenfatik keseye boşalmaktadır. Endolenf sıvısının fazla salgılanması veya dolaşımının duktuslarda daralma veya tıkanıklık gibi nedenlerle azalması sonucu iç kulak içinde sıvı basıncı artmaktadır. Bu basınç artışı kulakta dolgunluk ve işitme kaybına sebep olmaktadır. Basıncın artmasına bağlı olarak duktusun bir anda açılmasıyla hızla endolenf sıvısı keseye boşalmakta ve vertigo meydana gelmektedir (12).

Bir başka hipoteze göre ise artan sıvı basıncı membranöz labirentte rüptüre sebep olmaktadır. Bunun sonucunda birbirine karışan endolenf ve perilenf sıvılarında oluşan elektrolit oranlarının değişmesi vestibüler siniri uyarak vertigoya sebep olmaktadır (12).

Belirti ve Bulgular:

Hastalığın tipik triadı baş dönmesi, işitme kaybı ve çınlamadır. İşitme kaybı ve çınlama hissi vertigodan önce oluşmaktadır. Bazı hastalarda vertigo başladığında işitme kaybı ve çınlama düzelmekte ve bu duruma “Lermoyez sendromu” diğer ismiyle “ıştıren vertigo” adı verilmektedir. Hastalar vertigoyu etrafın dönmesi şeklinde tarif etmektedir ve ataklar halinde görülmektedir. Bu ataklar 20 dakikadan kısa 24 saatten uzun sürmemektedir. Vertigonun şiddetli olduğu anlarda bulantı kusma semptomları da eşlik etmektedir. İşitme kaybı genelde pes frekanslarda görülür ve sensörinöral tip işitme kaybı oluşmaktadır. Genelde ataklardan sonra işitme kaybı gerilerken hastalık ilerledikçe ve ataklar arttıkça kalıcı hale gelebilmektedir. Meniere hastalarında bazen bilinç kaybı olmadan ani yığılmalar meydana gelir bu duruma “Tumarkin krizleri” adı verilir. Artan endolenfatik sıvı basıncının otolit taşları üzerinde ortaya çıkardığı mekanik etkiye bağlı olduğu kabul edilmektedir (12).

Fizik muayenede tragusa basmakla vertigo ve nistagmus ortaya çıkmakta ve bu bulguya ‘Hennebert bulgusu’ denilmektedir (12).

Tanı:

Hastalığın kesin tanısını koyduran herhangi bir test yoktur. Hastalığın triadı, ataklar halinde olması, atakların süresi ve horizontal nistagmus varlığı tanıda Meniere hastalığından şüphelendirecek faktörlerdir. Bunun dışında odyometride pes frekanslarda işitme kaybı varlığı mevcuttur (10,12).

Hastaya gliserol oral olarak verildiğinde işitmede 25 dB’lik bir düzelme görülmektedir. Bu da Meniere için pozitif bulgulardan biridir (12).

Tedavi:

Atak tedavisinde; istirahat, antiemetik ve vestibüler süpresan tedavileri ile diüretik ajanlar fayda sağlamaktadır (12).

Proflaktik tedavide; amaç atakların önlenmesi için diyet düzenlenmesi (tuzsuz, potasyumdan zengin diyet), diüretikler, vazodilatörler, kalsiyum kanal blokerleri, Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitörleri, riboflavin ve vitamin desteği fayda sağlamaktadır. Proflakside en önemli farmakolojik tedavilerden biri betahistindir (12).

Bunun dışında çay- kahve tüketiminin azaltılması, sigara ve alkolden uzak durulması ve sodyum glutamat içeren hazır gıdaların tüketilmemesi önerilmektedir (12).

İlerleyen dönemlerde cerrahi tedavi gerektirebilmektedir (12).

2.2.2. Burun Hastalıkları

Rinitler

Rinit nazal mukozada çeşitli nedenlerle meydana gelen inflamasyondur (10).

Enfeksiyöz Rinitler:

Viral Rinitler:

Akut enfeksiyöz rinitler, non-alerjik rinitler içinde en sık karşılaşılan rinitlerdir. Yetişkinde yılda 2-3 kez, çocuklarda ise 5-6 kez akut enfeksiyöz rinit görülebilmektedir. Kreşe gitme, sigara maruziyeti ya da tozlu ortamlar, klor bulunduğu yüzme havuzları, kuru hava koşulları akut rinit gelişimi için risk faktörleridir. Pek çok mikroorganizma akut enfeksiyöz rinite sebep olurken en sık belirlenen etkenler

virüslerdir. Rinovirüs, RSV, parainfluenza virüsü, influenza virüsü, enterovirüs ve adenovirüs sıklıkla akut enfeksiyöz rinite yol açmaktadır. Kış aylarında daha sık görülmektedir. Hastalık damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Hastalık başlamadan bir gün önce veya başladıktan sonra 7-10 gün içinde bulaşabilmekte, bulaştıktan ortalama 24-72 saat sonra belirtiler ortaya çıkmaktadır. Hastalar genelde 7-10 gün içinde düzelmektedir. Ancak virüsler siliyer aktiviteyi bozarak bakteriyel enfeksiyon gelişimine zemin hazırladığından hastaların bir kısmında hastalığın üzerine bakteriyel süperenfeksiyon gelişmekte ve bu süre üç haftaya kadar uzamaktadır. Viral rinitlerin üzerine gelişen bakteriyel enfeksiyonlar sonucu otitis media, akut sinüzit ve pnömoni gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (10,12).

Nezle ve Grip Ayrımı:

Akut viral rinitlerde nezle ve grip ayrımı hastalığın seyri ve tedavisini yönetmek açısından önemlidir. Özellikle çocuklarda, yaşlı veya kronik hastalığı olan bireylerde grip şiddetli seyredebilmekte ve ölümcül bir tablo ortaya çıkarabilmektedir. Basit bir anamnezle bu ayrımı yapmak ile bu durumun önüne geçilebilmektedir (12).

Nezle en sık rinovirüsler olmak üzere RSV, koronavirüs, parainfluenza ve influenza virüslerinin sebep olduğu daha hafif seyirli akut viral rinittir. Genelde aniden ortaya çıkar ve en sık klinik yakınmalar burun akıntısı, boğaz ağrısı ve burun tıkanıklığıdır. Ateş genellikle 38-38.5°C'dir. Öksürük pek görülmez, nadirdir. Nezle tedavisi semptomatik yaklaşım gerektirir (12).

Grip influenza virüsünün neden olduğu daha şiddetli bir tablo ile karşımıza çıkan akut viral rinittir. Yavaş seyirlidir ve nezle semptomlarına ek olarak ciddi halsizlik, yaygın kas eklem ağrısı, baş ağrısı gibi semptomlar görülmektedir. Yüksek ateş ve öksürük vardır. Grip tedavisinde semptomatik tedaviye ek olarak küçük çocuklarda, yaşlı hastalarda, kronik hastalığı ve immün yetmezliği olan hastalarda antiviral ajanlar eklenmelidir (12).

İnfluenza Aşısının Önemi:

Grip profilaksisinde özellikle risk grubu olan kronik hastalığı olan bireylerde, 65 yaş üstü kişilerde, Reye sendromu olan çocuklarda ve pandemik bölgelerde yaşayan bireylerde influenza aşısı önem taşımaktadır. Bunun dışında gebeliğinin son altı ayı kış dönemine denk gelen kadınlara ve hizmet sektörü çalışanlarına da önerilmektedir. Aşının koruyuculuğu 1-2 hafta içinde başlamaktadır (12).

Aktif akut enfeksiyonu olan hastalar, yumurta alerjisi olan bireyler ve Gullian-Barre hastalarının aşılamaşı kontrendikedir (12).

Subfebril ateş, aşı bölgesinde ağrı, hiperemi ve hassasiyet aşıya bağılı yan etkilerdir (12).

Gripte Kemoproflaksinın Yeri:

Grip için kemoproflaksi belli bireylere uygulanmaktadır. İnfluenza aşısı olduğı halde bağışıklık için gerekli süre dolmadan pandemik bölgeye seyahat edecek bireylerde, pandemik bölgeye hizmet verecek sağılık personellerine, pandemik grip hastası yakını olan kişilere, risk grubunda olup aşı yapılamayan bireylerde ve immünsüpresif hastalara uygulanabilmektedir (12).

Kullanılan farmakolojik ajanlar; nöraminidaz inhibitörleri ve M2 inhibitörleridir. Bu ajanlar tedavi için de ilk 24 saat içinde başlanılarak kullanılmaktadır (12).

Bakteriyel Rinitler:

Akut bakteriyel rinitler sıklıkla viral rinitlerin üzerine sekonder olarak gelişmekle birlikte bazen tek başına da görülebilmektedir. Akut viral rinitler kendilerini sınırlamakta fakat sonrasında meydana gelen süperenfeksiyonlar daha fazla önem taşımaktadır. Viral ÜSYE'lerin %0.5-2' sinde sonrasında akut bakteriyel rinosinüzit gelişebilmektedir (33).

Alerjik Rinit:

Alerjik rinit tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak ortaya çıkan immünglobulin E (IgE) bağımlı burun mukozasının inflamasyonu şeklinde karşımıza çıkan ve non-enfeksiyöz rinitler içinde en sık görülen rinittir (10).

Yapılan çalışmalarda dünyada görülme sıklığının %25 olduğı saptanmıştır (34). Ülkemizde ise şimdiye kadar yapılan çalışmalar alerjik rinit sıklığının erişkinlerde %1.6-27.5, çocuklarda %2.9-39.9 olduğunu göstermiştir (35).

Alerjik rinitte anne baba öyküsü önemlidir. Anne babada alerjik rinit varlığı çocuklar için de hastalık ihtimalini arttırmaktadır. Erken yaşta diğere alerjik hastalıkların varlığı da alerjik rinit riskini arttırmaktadır (36). Alerjik rinit için diğere risk faktörleri anne yaşının genç olması, çoğul gebelik, doğum ağırlığının düşük olması ve büyüme geriliğı olarak sayılabilmektedir (34).

Belirti ve Bulgular:

Burun tıkanıklığı, seröz nazal akıntı, koku alamama, hapşırık, burun, boğaz ve genizde kaşıntı, gözlerde kaşıntı ve sulanma başlıca belirtilerdir. Nazal semptomlar genellikle çift taraflıdır. Tek taraflı olması beyin omurilik sıvısı (BOS) rinoresisi veya burunda yabancı cisim gibi altta yatan başka patolojileri düşündürmelidir (10,12).

Polenlere bağlı alerjik rinitte semptomlar mevsimsel görülürken, ortamdaki alerjenlere bağlı alerjik rinitte yıl boyu görülür. Semptomlar genelde başladıktan sonra uzun süre devam etmektedir (10).

Etiyolojide semptomları neyin tetiklediği iyi sorgulanmalıdır. Açık havada artan semptomlar polen alerjisini, evde temizlik sonrası artan semptomlar ev tozu akarlarını, iş yerinde artan semptomlar mesleksi alerjenleri, evcil hayvanlarla temas sonrası artan semptomlar hayvan alerjisini düşündürmelidir (10).

Semptomların adolesan veya erken erişkinlik döneminde görülmesi alerjik rinit ihtimalini artırmaktadır. Geç yaşta başlayan semptomların alerjik rinit dışındaki patolojilere bağlı ortaya çıktığı düşünülmelidir (10).

Hastanın fizik muayenesinde; nazal mukozanın soluk ve mor renkte olması, konkalarda ödem ve hipertrofi, seröz nazal- postnazal akıntı, burun üzerinde görülen horizontal çizgi (alerjik selam çizgisi), göz altlarında renk değişikliği ve çizgilenmeler (Dennie Morgen çizgileri), konjunktivada hiperemi ve seröz akıntı başlıca görülebilecek bulgulardır. Bunlarla beraber eşlik eden alerjik hastalıklara ait bulgular da saptanabilmektedir (10,12).

Sınıflandırma:

Alerjik rinit şikayetlerin süresi, sürekliliği ve şiddetine göre intermitant ve persistat alerjik rinit olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır. Bununla birlikte hastanın sosyal yaşamını ve uyku kalitesini etkileme durumuna göre hafif, orta veya ağır olarak sınıflandırılmaktadır (12).

İntermitant Alerjik Rinit:

Hastanın şikayetleri senede dört haftadan kısa sürüyor ya da dört haftadan uzun sürüp haftada dört günden az devam ediyorsa intermitant alerjik rinit adı verilmektedir (12).

Persistent Alerjik Rinit:

Hastanın şikayetleri senede dört haftadan daha uzun süre devam ediyor veya dört haftadan kısa süre sürüp haftada dört günde daha fazla şikayetleri oluyorsa persistent alerjik rinit denilmektedir (12).

Tanı:

Tanıda öncelikle ayrıntılı anamnez ve fizik muayene önemli yer tutmaktadır. Anamnezde hastanın yakınmaları, şikayetlerin başlama yaşı ve epizodik olup olmadığı, aile öyküsü, başka alerjik hastalık öyküsü, semptomları tetikleyici durumların varlığı, kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaçlar, daha önce yaptırdığı tanısal testler veya aldığı tedaviler dikkatle sorgulanmalıdır (10).

Anamnez ve fizik muayeneden sonra in vitro ve in vivo alerji testleri alerjik rinitin tanısında önemli yol göstericilerdir. Deri testleri ve nazal provakasyon testi in vivo testlerdir ve sıklıkla kullanılmaktadır. Serum total IgE, kanda eozinofili, nazal sitoloji ve serumda spesifik IgE tayini ise in vitro testlerdir. Bunlarla beraber kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri gibi laboratuvar testleri de tanıda önemli yer tutmaktadır (10).

Alerjik rinitin tanısında esas olan hastanın anamnezidir. Testler tanıyı doğrulamak için kullanılır fakat yanlış pozitiflik ihtimali unutulmamalıdır (10).

Tedavi:

Tedavinin ilk aşaması mümkün olduğunca alerjenden uzak durulmasıdır. Ancak evcil hayvan alerjileri dışında bu sınırlı etki sağlamaktadır (10).

Medikal tedavi ise kişinin semptomlarına ve semptomların şiddetine göre düzenlenmelidir (Şekil 55).

Antihistaminikler uzun yıllardır alerjik rinit tedavisinde tercih edilen en önemli ilaçlardır. İkinci kuşak antihistaminikler birinci kuşak ajanlara göre etkinliğin daha iyi olması ve yan etkilerinin azlığı nedeniyle daha çok tercih edilmektedir (34). Sistemik antihistaminik ajanlar nazal akıntı, kaşınma hissi, göz ile ilgili semptomları ve hapşırık semptomlarını iyi şekilde giderirken topikal antihistaminikler göz semptomlarına etki etmemekte ve diğer semptomlara ek olarak nazal tıkanıklığa da iyi gelmektedir. Ayrıca topikal antihistaminiklerin sistemik yan etkileri daha az görülmektedir (37). En sık kullanılan ajan “azelastinin”dir (10).

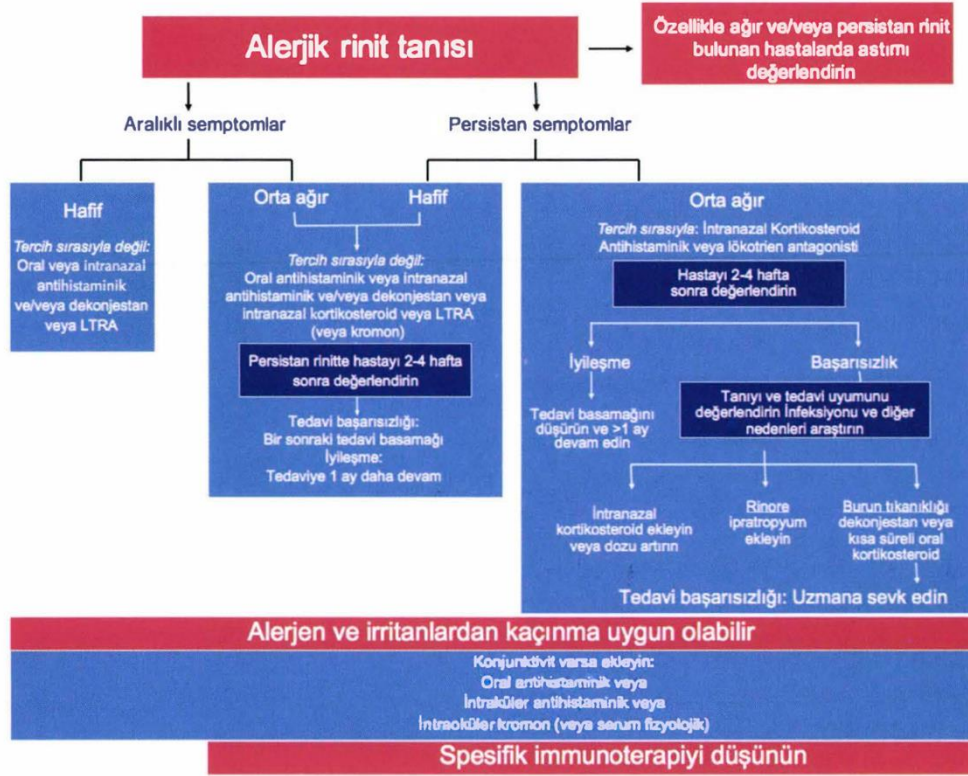
Nazal steroidler alerjik rinit tedavisinde kullanılan en etkili ilaç grubudur. Alerjik rinite bağı tüm semptomlara iyi geldiği görülmektedir (38). Sistemik steroidlere göre uygulandıkları bölgede etkinliğinin daha fazla olması ve yan etkilerin az olması nedeniyle nazal steroidler tercih edilmektedir. Günlük kullanım periyodu bir ya da iki olmalıdır. Nazal steroidlerin etkisi 7-8 saat içinde ortaya çıksa da pik etkiyi yakalamak için 10-14 gün düzenli kullanılmalıdır (10).

Lökotrien reseptör antagonistleri alerjik rinit tedavisinde zamanla değer kazanan bir diğer ajandır. Burun ve göz semptomlarını ciddi derecede azalttığı görülmektedir (39). En çok tercih edilen ve araştırılan ajan “montelukast”tır (40).

Dekonjestanlar ciddi burun tıkanıklığı şikayeti olan hastalarda kısa süreli olarak tedavide verilen ajanlardan biridir. Oral kullanımı yan etkilerinden dolayı tercih edilmemekte topikal kullanımı ise taşıflaksi ve rinitis medika mentozaya neden olduklarından uzun süreli kullandırılmamaktadır (41).

Ciddi burun akıntısı olan ve diğer ajanlarla gerilemeyen hastalarda antikolinergikler bir tedavi seçeneğidir. En sık kullanılan antikolinergik “ipratropium bromür”dür (10).

Ciddi yakınmaları olan ve diğer tüm ilaçlarla şikayetleri baskılanamayan alerjik rinit hastalarının tedavisinde düşük doz sistemik steroid tedavisi ve alerjen spesifik immünolojik tedavi diğer tedavi seçenekleridir (10).



Şekil 2.40. Alerjik Rinit Tedavi Algoritması (34)

Non- enfeksiyöz ve Non-alerjik Rinitler:

Vazomotor Rinit (VMR):

Vazomotor rinit; sıcaklık, nem, basınç veya hormonal değişimler gibi fiziksel ya da kimyasal sebepler sonucu ortaya çıkan rinittir. Normal bireylerde bu değişimler minimal rinit semptomlarına yol açarken vazomotor rinitli bireylerde otonom sinir sistemi mekanizmaları bozulduğundan ciddi rinit bulguları görülmektedir (12).

VMR genellikle orta yaş bireylerde karşımıza çıkmaktadır. Toplum prevalansı %5-10'dur. En sık idiyopatik nedenlerle ortaya çıkar (12).

VMR aniden başlayan ve çabuk sonlanan semptomlarla seyreder. Seröz burun akıntısı, postnazal akıntı ve burun tıkanıklığı görülür (42). Vazomotor rinitte herhangi bir immün yanıt yoktur. VMR bir dışlama tanısıdır. Hastaya VMR tanısı koyabilmek için öncelikle enfeksiyöz veya alerjik rinit açısından değerlendirilmeli ve bunlar ekarte edilmelidir (12).

Tedavide intranazal antihistaminik veya intranazal steroidler tercih edilebilmektedir (12).

Gustatuar Rinit:

Bireyin yediği acılı, baharatlı veya sıcak yiyeceklerle beraber gelişen rinittir (12). Nörojenik yollara bağlı ortaya çıkmaktadır (43). Hastada yemek sonrası yüzde kızarıklık ve nazal seröz akıntı yakınması olmaktadır (12).

Ciddi şikayeti olmayan hastalarda tedavi gerekmez fakat sıkıntı yaşayan hastalarda olabildiğince semptomları arttıran besinlerden uzak durmak önerilir. İntranazal antikolinergik ajanlar ise farmakolojik tedavide tercih edilebilir (10).

İlaçlara ve Hormonlara Bağlı Rinit:

Bazı antihipertansif ajanlar, aspirin, oral kontraseptifler, kokain, NSAİİ, bazı psikotropik ilaçlar ve intranazal dekonjestanlar rinit semptomlarına yol açabilmektedir. Hastanın anamnezinde bunlardan herhangi birini kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır (12).

Hipotiroidi hastalarında da rinit yakınmaları görülebileceğinden hastanın tiroid fonksiyon testlerine bakılmalıdır (10).

Rinitis Medikamentoza:

İntranazal dekonjestan ilaçların uzun süreli kullanımına bağlı olarak gelişen vasküler atoni ve bu nedenle oluşan vazodilatasyon hastada rinit semptomlarına yol açabilmektedir. Bu durum hastayı ilacın dozunu sürekli yükseltmek zorunda bırakarak ilaca bağımlı hale getirmektedir. Tedavide ilk basamak etkeni bıraktırmaaktır. Sonrasında topikal steroid, kısa süreli sistemik dekonjestan ve serum fizyolojik irrigasyonlar ile hastanın yakınmaları giderilebilmektedir (12).

Nazal dekonjestan ilaçların 5-10 günden fazla alınmaması yönünde hastalar mutlaka uyarılmalıdır (12).

Atrofik Rinit:

Kişide travma, operasyon, radyoterapi, *Klebsiella* enfeksiyonu veya hormonal nedenlere bağlı burun mukozasında atrofi gelişmesidir. Burun tıkanıklığı, kabuklanma ve kötü koku en önemli bulgulardır. Tedavide kabukların yumuşatılması için gliserin kullanımı, serum fizyolojik ile yıkama ve sık nemlendirme önerilmektedir (12).

Mesleksel Rinit:

Kişinin iş yerinde maruz kaldığı alerjenlere bağlı ortaya çıkan rinittir. Bazı hastalarda alerjik rinitle beraber mesleksel astım da ortaya çıkmaktadır. Tedavide alerjenlerden uzaklaşmak ya da mümkün değilse maruziyeti azaltacak önlemler almak gerekmektedir (12).

Sinüzitler

Patogenezi:

İnsanlarda frontal, etmoid, maksiller ve sfenoid olmak üzere dört çift paranasal sinüs bulunur. Bu sinüslerin başlıca işlevleri havayı nemlendirmek, burun içi basınç artışını tamponize etmek ve sesin rezonansına katkı sağlamaktır (10). Sinüslerin mukozalarında fizyolojik olarak devamlı üretilen bir salgı vardır ve ostiumlar aracılığıyla bu salgı burun boşluğuna dökülür. Üst solunum yolu enfeksiyonları ya da alerji gibi bazı durumlarda sinüs mukozasında oluşan ödem ostiumların tıkanmasına içinde fazla miktarda birikim olmasına ve sinüslerde enfeksiyonlara yol açar (12). Bu duruma sinüzit adı verilir fakat genelde rinit semptomlarından sonra ya da birlikte seyrettiği için rinosinüzit tanımı da doğru kabul edilir (10). Kişide var olan bir üst solunum yolu enfeksiyonu, alerjik rinit, septal deviasyon, konka hipertrofisi, adenoid hipertrofi, siliyer aktiviteyi bozan hastalıklar, immünsüpresyon ve yabancı cisim gibi durumlar sinüzit için risk faktörleridir (44).

Sınıflandırma:

Sinüzitler en son 2012 yılında süresine göre iki gruba ayrılmıştır;

- 1- Akut sinüzitler: belirtilerin 12 haftadan daha az devam ettiği sinüzitlerdir.
- 2- Kronik sinüzitler: belirtilerin 12 haftadan daha fazla devam ettiği sinüzitlerdir (12).

Bununla beraber semptomların şiddetine göre hastalara 0-10 arası puanlama yapılır. Hasta eğer 0-3 puan alırsa ‘hafif’, 4-7 puan alırsa ‘orta’, 8-10 puan alırsa ‘ağır’ olarak gruplandırılır (12).

Akut Rinosinüzit:

Hastada sıklıkla *S. pneumoniae*, *H. influenza* ve *M. catarrhalis* etkenlerine bağlı ortaya çıkan belirtileri 12 haftadan daha kısa süren sinüzitlerdir.

Belirti ve Bulgular:

Hastalarda nazal akıntı ve tıkanıklık, koku duyusunda azalma, postnazal akıntı, ateş, özellikle öne eğilmekle artan baş ve yüz ağrısı görülen başlıca belirtilerdir. Nazal akıntı genelde pürülandır ve sarı-yeşil renkli koyu kıvamlı ve kötü kokuludur. Burun dışına ve geniz boşluğuna doğru geçer ve hastada yoğun postnazal akıntıya bağlı olarak kusma, öksürük ve ses kısıklığı ortaya çıkabilir (44).

Fizik muayenede anterior rinoskopide mukopürülan nazal akıntı ve oral bakıda postnazal akıntı görülebilir (12).

Tanı:

Tanı çoğunlukla hastanın öyküsüne ve fizik muayene bulgularına göre koyulur fakat arada kalınan ya da tedaviye cevap vermeyen hastalarda Waters grafisi ve paranazal bilgisayarlı tomografi de tanıda yol gösterir (44).

Hastada var olan viral üst solunum yolu enfeksiyonu bir haftadan uzun sürerse ya da iyileşmeye başlayıp yeniden kötüleşirse sinüzit düşünülüp ona yönelik değerlendirilmelidir.

Tedavi:

Tedavide öncelikle etkeni ortadan kaldırmak ve sinüslerde drenajın sağlanması amaçlanmalıdır. Hastalığa sıklıkla sebep olan bakteriler göz önünde bulundurularak antibiyotik tedavi başlanır. Antibiyotik tedavisine 10-14 gün devam edilmelidir. Bununla beraber sinüslerde drenajın sağlanması amacıyla dekonjestan ilaçlar tedaviye eklenmeli fakat uzun süre kullanılmamalıdır. Altta yatan sinüzite sebep başka bir durum varsa ona yönelik de tedavi düzenlenmeli, ağrının azaltılması için analjezik tedavi de eklenmelidir (44).

Antibiyotik tedavisi seçiminde;

- 1- Çocuk hasta, hafif semptomları var ve son 4-6 hafta içinde antibiyotik kullanmamış ise; amoksisilin, amoksisilin-klavulanik asit, sefrodoksim paroksetil, sefuroksim aksetil, sefdinir kullanılabilir. Beta-laktam alerjisi varsa klaritromisin, azitromisin, eritromisin veya trimetoprim-sülfametoksazol tercih edilmelidir (45).
- 2- Çocuk hasta, ağır semptomları mevcut ya da 4-6 hafta içinde antibiyotik kullanmış ise; amoksisilin-klavulanik asit ya da seftriakson tercih edilmeli

beta-laktam alerjii varsa klaritromisin, azitromisin, eritromisin, klindamisin veya trimetoprim-sülfametoksazol verilmelidir (45).

- 3- Erişkin hasta, hafif semptomları var ve 4-6 hafta içinde antibiyotik kullanımı yoksa; çocuklarda tercih edilen antibiyotik grupları verilebilmekte beta-laktam alerjisinde çocuklarınkine ek olarak telitromisin ve doksisisiklin de tercih edilebilmektedir (45).
- 4- Erişkin hasta, semptomlar şiddetli ya da son 4-6 hafta içinde antibiyotik kullanımı varsa; çocuklarda verilen antibiyotiklere ek olarak gatifloksasin, levofloksasin, moksifloksasin tercih edilebilir. Beta laktam alerjisi varsa gatifloksasin, levofloksasin, moksifloksasin veya rifampin verilebilmektedir (45)

Kronik Rinosinüzit:

Sinüzit semptomlarının 12 haftadan daha fazla süre devam etmesi kronik rinosinüzit olarak kabul edilmektedir. Kronik rinosinüzit varlığında altta yatan etiyoloji iyi araştırılmalıdır. Enfeksiyon, alerji, travma, geçirilmiş operasyon, kullanılan ilaçlar, mukosiliyer aktiviteyi bozan genetik bazı hastalıklar, hormonal rinit sebepleri, immünsüpresyon gibi durumlar kronik rinosinüzite sebep olabilmektedir (10).

Belirti ve Bulgular:

Akut rinösinüzite göre kronik rinosinüzit hastalarında semptomlar daha uzun süre devam etse de daha hafif seyretmektedir. En önemli yakınmalar postnazal akıntı, boğaz ağrısı ve öksürüktür. Nazal akıntı ve tıkanıklık, baş ve yüz ağrısı, ağız kokusu görülebilmektedir. Semptomlar hafif olsa da akut alevlenme dönemlerinde ağırlaşabilmektedir (44).

Tanı:

Tanıda en önemli yol gösterici hastanın öyküsü ve fizik muayenedir. Bununla beraber hastalık semptomlarının 12 haftadan uzun süre devam ediyor olması kronikleşmeyi düşündürmelidir. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla üst merkezlerde görüntüleme yöntemlerinden de faydalanılabilmektedir. Waters grafisi ve BT faydalanılan görüntüleme yöntemleridir (10).

Tedavi:

Kronik rinosinüzit tedavisinde öncelikle altta yatan neden tespit edilmeli ve ona yönelik tedavi planlanmalıdır. Birinci basamakta birisi mutlaka pürülan burun akıntısı ve burun tıkanıklığı olmak üzere iki veya daha fazla belirtisi olan, şikayetleri 12 haftadan uzun süredir devam eden ve anterior rinoskopide rinosinüzit düşünülen hastada topikal steroid ve nazal irrigasyon tedavisine de dört haftadan sonra hala cevap yoksa bir üst merkeze ayrıntılı tetkik ve tedavi için yönlendirilmelidir (10,12).

Rinosinüzit Komplikasyonları:

Rinosinüzite bağlı en fazla görülen komplikasyonlar;

1- Orbital komplikasyonlar

- Preseptal selülit
- Orbital selülit
- Subperiostal apse
- Orbital apse
- Kavernöz sinüs tromboflebiti

2- İntakranial komplikasyonlar

- Menenjit
- Epidural apse
- Subdural apse
- Beyin apsesi
- Kavernöz sinüs tromboflebiti

3- Pott's puffy tümör

4- Mukosel

5- Süperior orbital fissür sendromu olarak sayılabilmektedir (12).

Bu komplikasyonların belirtileri olabilecek periorbital ödem, çift görme, propitozis, oftalmopleji, görme keskinliğinde azalma, tek veya çift taraflı şiddetli baş ağrısı, frontal bölgede ödem, menenjit bulguları ya da fokal nörolojik bulguları olan hastalar vakit kaybetmeden üst merkeze KBB hastalıklarına sevk edilmelidir (46).

Epistaksis

Epistaksis burun kanaması olarak da bilinen KBB hastalıklarının önemli ve sık görülen acillerinden biridir (12) . Çoğunlukla burnun ön bölümünde kendiliğinden ya da burunda meydana gelen travmalar sonucu gelişmektedir. Burnun arka tarafında oluşan kanamalar ise sıklıkla yaşlı ve hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerde karşımıza çıkmaktadır (10). Bunun dışında nazal ilaçlar, anatomik deformiteler, nazal inflamasyonlar ya da enfeksiyonlar, tümörler, pıhtılaşma ve kanama bozuklukları, kardiyovasküler nedenler, hormonal veya bazı çevresel faktörlerde burun kanamasına sebep olabilmektedir (12).

Baş ve boyundaki kanamaların en çok görüldüğü alan burun olup 10 yaş altı ve 50 yaş üstünde pik yapmaktadır. Erkeklerde genel olarak daha çok meydana gelmektedir (10).

Burnun ön bölgesinde oluşan kanamalar çoğunlukla “Kiesselbach pleksusu”nun yer aldığı “Little alanı”nda meydana gelmektedir. (Şekil 56) Arka bölgede görülen kanamalar ise çoğunlukla sfenopalatin arter veya dallarında oluşan kanamalardır (12).

Epistaksis Hastasında İlk Değerlendirme:

Hastada öncelikle kanamanın devam edip etmediği ve hayati fonksiyonları değerlendirilmelidir. Kanamanın ciddiyeti, hastanın bilinç durumu solunum yolu açıklığı ve vital bulguları en başta yapılması gereken değerlendirmelerdir (12).

Altta yatabilecek nedenler, tekrarlama durumu ve kanamayı arttırabilecek sistemik hastalıkların veya ilaç kullanımının varlığı mutlaka sorgulanmalıdır (12) . Öykü alınırken bir taraftan da hastaya müdahale yapılmalıdır (10).

Epistaksiste Müdahale:

Yapılacak ilk müdahale hastayı oturtturarak başını hafifçe öne eğmesini ve 3-5 dakika burun kanatlarından septuma doğru bası uygulamasını sağlamaktır. Bu esnada enseye soğuk uygulama yapılması kanamanın durmasını kolaylaştırmaktadır. Ön bölgedeki kanamaların büyük çoğunluğu bu müdahale ile durmaktadır. Hastayı sümkürtme pıhtıların atılmasını sağlamaktadır (10).

Kanamanın devam ettiği durumda nazal kaviteye topikal anestetik ve vazokonstriktör solüsyon emdirilmiş pamuk veya pedler yerleştirilmelidir. Ayrıca sadece nazal dekonjestan sprey kullanarak da hastaların yarısından fazlasında kanama

durdurulabilmektedir. Bu işlemlerden sonra hala kanama devam ediyorsa kimyasal koterizasyon gerekebilmektedir. Kanama odağını tespit edip periferinden merkeze doğru dairesel olarak gümüş nitrat çubuğu ile koterize edilmelidir. Kanama durduktan sonra kalıntılar temizlenmeli ve hastaya bir hafta intranazal antibiyoterapi tedavisi verilmelidir (10).

Devam eden dirençli kanamalar veya posterior alandan kaynaklandığı düşünülen kanamalar burun içine foley sonda ve sıkı bir anterior tampon yerleştirilip hemostaz sağlanarak KBB hekimine acilen sevk edilmelidir (12).

2.2.3. Orak Kavite ve Orofarinks Hastalıkları

Tonsillofarenjitler

Tonsiller orofarinkste yer alan lenfoid organlardır. Tonsillerde meydana gelen viral ya da bakteriyel enfeksiyonlar sonucu gelişen enflamasyon durumuna tonsillit, bu enfeksiyonların posterior farinks duvarında da oluşması ile meydana gelen hastalığa tonsillofarenjit adı verilmektedir (12).

Tonsillit akut, kronik ve rekürren olarak üç grupta incelenmektedir. Hastanın şikayetleri yeni başlamış veya iki haftadan daha az süredir devam ediyorsa akut, iki haftayı geçmiş ve hala şikayetlerde gerileme olmamış ise kronik, yılda beş veya daha fazla oluşan ataklar şeklinde görülüyorsa rekürren olarak adlandırılmaktadır (12).

Akut Tonsillofarenjit:

Akut tonsillofarenjit çoğunlukla çocuklarda görülen ve sıklıkla viral etkenlere bağlı gelişen enfeksiyondur. 5-15 yaş en sık görüldüğü yaş grubudur (47).

Akut tonsillofarenjit tablosuna en çok sebep olan viral etkenler; rinovirüs, rinosinsityal virüs, adenovirüs, influenza, parainfluenza, epstein-barr virüs (EBV), herpes simpleks virüs (HSV)'dir.

Bakteriyel etkenlerden en çok karşımıza çıkanlar ise; A Grubu Beta hemolitik streptokoklar (GABS), non-hemolitik streptokoklar, *H.influenza*, *M.catarrhalis* olarak sayılabilmektedir (12).

Viral-Bakteriyel Akut Tonsillofarenjit Ayrımı:

Akut tonsillofarenjit tedavisinin düzenlenmesinde etkenin belirlenmesi önemli bir noktadır.

Viral tonsillofarenjit düşündüren belirti ve bulgular; boğaz ağrısı, yutmada zorlanma, seröz nazal akıntı, ses kısıklığı, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, öksürük, konjuktivit, oral aft, subfebril ateş, tonsillerde kızarıklık bazen eksuda, kan sayımında lökosit değerinin normal ya da azalmış olması ve semptomatik tedaviyle hastalığın ortalama 72 saat içinde gerilemesi olarak sayılabilmektedir (12). (Şekil 41)

Bakteriyel tonsillofarenjit düşündüren belirti ve bulgular ise; boğaz ağrısı, yutmada zorlanma, yüksek ateş, tonsillerde hiperemi, eksuda veya kript varlığı, kan sayımında lökositoz, hızlı antijen ve kültür testlerinde pozitiflik ve hastalığın semptomatik tedavi ile gerilememesi olarak sayılabilmektedir (12).(Şekil 42)



Şekil 2.41. Tonsil Hipertrofisi (48)



Şekil 2.42. Bakteriyel Tonsillit ve Tonsillofarenjit (49,50)

Viral tonsillofarenjitler genelde kendi kendini sınırlayan semptomatik tedaviyle gerileyebilen enfeksiyonlar olmasına karşın bakteriyel tonsillofarenjitler özellikle 5-15 yaş arası çocuklarda etken sıklıkla GABS olduğundan antibiyotik tedavisi için önemli endikasyonlardan biridir (47).

Viral ve bakteriyel ayrımında semptom ve bulgular önemli yol göstermekle beraber tek başına yeterli değildir. Bu nedenle mikrobiyolojik tanı testleriyle tanı doğrulanmalıdır (47). Burada altın standart test kültürdür fakat toplumda önemli oranda asemptomatik taşıyıcılık olduğundan rutinde yeri yoktur (12).

Viral bakteriyel etken ayrımında kullanılan bir diğer test hızlı antijen testidir. Hızlı antijen testlerinin duyarlılığı kültürle kıyaslandığında daha düşük olmasına rağmen kullanım kolaylığı ve daha erken sonuç vermesi nedeniyle pratikte kullanılmaktadır. Testin pozitif çıkması bakteriyel enfeksiyonu düşündürürken negatif çıkması bakteriyel enfeksiyonu dışlamamızı sağlamaktadır (47).

Mikrobiyolojik testlerin kullanılmadığı durumda hastanın klinik bulgularına göre yapılan puanlamalar da antibiyotik kullanımı açısından hekime yol göstermektedir. Bunlardan en önemlileri “modifiye centor skoru” ve “mıstık skoru”dur (51).

Modifiye centor skorunun yüksekliği enfeksiyonun daha çok bakteriyel lehine olduğunu göstermektedir. Puanlaması 1 ve altında olan hastada mikrobiyolojik inceleme ve antibiyoterapi gerekmediği, puanı 2 ve 3 olan hastalarda boğaz kültürü önerildiği, puanı 4 ve üzeri olan hastalara ise direkt antibiyoterapi başlanması gerektiği şeklinde yorumlanmaktadır (51). (Tablo 1)

Tablo 2.1. Modifiye Centor Skorlaması (51)

KRİTERLER	PUAN
ATEŞ (>38 ⁰ C)	1
ÖKSÜRÜK OLMAMASI	1
AĞRILI SERVİKAL LENFADENOPATİ	1
TONSİLLERDE HİPERTROFİ VE EKSUDA	1
3-14 YAŞ	1
15-44 YAŞ	0
45 YAŞ VE ÜZERİ	-1

Mıstık skorlamasında ise hastanın puanı yükseldikçe hastalığın viral enfeksiyon lehine olduğu görülmektedir. 0-5 arasındaki değerlerde enfeksiyon etkeninin viral olma ihtimali sırasıyla %8.3, %14.7-20.4, %25.2-36.3, %42.2-55.3, %61.9-70.7, ve %82.1

olarak tespit edilmiş olup değeri 5 olan hastalarda GABS etkeni tespit edilememiştir (52). (Tablo 2)

Tablo 2.2. Mıstık Skorlaması (52)

KRİTERLER	PUAN
BAŞ AĞRISI OLMAMASI	1
BURUN TIKANIKLIĞI	1
HAPŞIRIK	1
ATEŞ ($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)	1
HİPERTROFİK VEYA EKSUDATİF TONSİL OLMAMASI	1

Bu skorlamalar dışında da bazı klinik ipuçları olası etken ile alakalı yol gösterici olabilmektedir. Tonsillofarenjit tablosuna konjuktivitinin eşlik etmesi adenovirüsü, yumuşak damakta peteşi görünümünün eşlik etmesi GABS'yi, posterior farinks duvarında veziküler tarzda döküntüler koksakivirüsü akla getirmelidir. Ayrıca tonsillit tablosuyla gelen, subfebril ateşi olan ve tonsil üzerinde kaldırıldığında kanamayan membranöz tarzda kripi ve bazen minimal hepatosplenomegalisi olan EBV de düşünülmelidir. Yine EBV'ye bağlı meydana gelen tonsillit tablosunda hastaya antibiyotik tedavisi uygulandıktan sonra döküntü şikayetiyle yeniden hekime başvurabilmektedir (12).

Tedavi:

Akut tonsillofarenjit tedavisi etiyolojiye yönelik düzenlenmelidir. Hastalık etkeni viral patojenler ise bol sıvı alımı, dinlenme ve semptomatik tedaviyle hastalık bir hafta içinde gerilemektedir. Semptomatik tedavide antiinflamatuvar ve antipiretik ajanlar kullanılabilir (10).

Hastalık kaynağının bakteriyel etken olduğu düşünülüyorsa tedaviye mutlaka antibiyotik ajanlar eklenmelidir. Özellikle çocuklarda meydana gelen GABS'ye bağlı tonsillit tablosunda sonradan gelişebilecek kardiyak komplikasyonların engellenmesi için ilk on gün içinde antibiyotik kullanımı önem taşımaktadır. Antibiyotik reçete edilirken ilk olarak penisilin grubu ilaçlar tercih edilmelidir. Penisilin V ya da benzatin penisilin verilebilmektedir. Ancak bu ilaçlar anaflaksi ihtimalinden ötürü entübasyon imkanının olduğu bir sağlık kuruluşunda uygulanmalıdır. Bunlar dışında amoksisilin,

amoksisilin-klavulanik asit, ampisilin-sulbaktam ve sefolosporinler sıklıkla tercih edilen diğer ajanlardır. Penisilin ve sefolosporin alerjisi olan hastalarda makrolid grubu kullanılabilir (12).

GABS'ye bağlı ortaya çıkan Antistreptolizin-O (ASO) yüksekliği durumunda hastanın semptomu yoksa antibiyoterapiye ihtiyaç yoktur. ASO yüksekliği hastanın streptokok enfeksiyonu geçirdiğini göstermektedir. Ancak yılda beşten fazla tonsillit atağı ve ASO yüksekliği olan hastalar tonsillektomi açısından KBB hekimine yönlendirilmelidir (12).

Akut Tonsillofarenjit Komplikasyonları

1- Süpüratif komplikasyonlar:

- Peritonsiller apse
- Derin boyun enfeksiyonları
- Orta kulak enfeksiyonları
- Mediastinit
- Subakut bakteriyel endokardit
- Lemierre sendromu

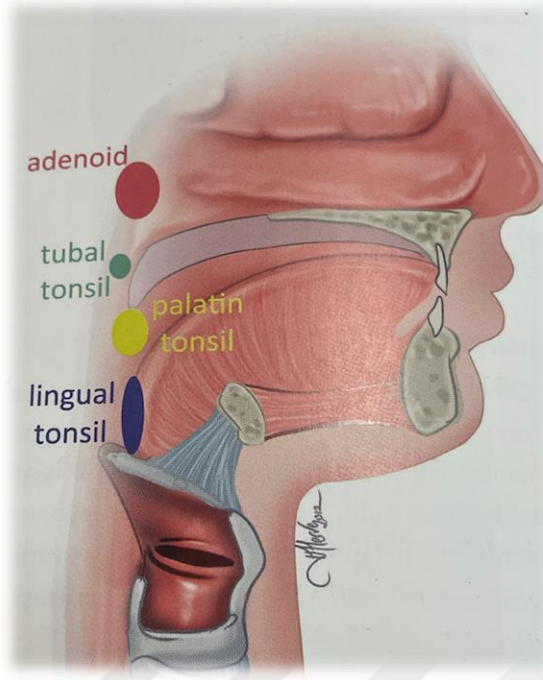
2- Non-süpüratif komplikasyonlar:

- Akut eklem romatizması
- Streptokok enfeksiyonu sonrası glomerulonefrit
- Kızıl
- Toksik şok sendromu

Bu komplikasyonları düşündüren semptom ve fizik muayene bulguları olan hastalar vakit kaybetmeden bir KBB hekimine yönlendirilmelidir (12).

Adenotonsiller Hipertrofi

Farinks alanından bulunan lenfoid dokular Waldeyer halkasını oluşturmaktadır. Burada bulunan yapılar sırasıyla; palatin tonsiller, adenoid, tubal tonsil ve lingual tonsildir (12). (Şekil 43)



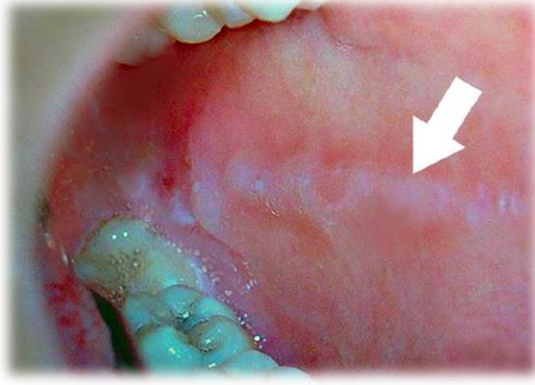
Şekil 2.43. Waldeyer Halkası (12)

Adenoid ve tonsil dokuları çocuklarda ilk beş yaş içinde büyüme eğilimindedir ve genelde sekiz yaşından sonra büyüme durmakta ve küçülmektedir. Bu dönemde bazı çocuklarda çeşitli nedenlere bağlı olarak bu lenfoid dokular solunum sorunlarına yol açacak derecede büyümekte ve birtakım sıkıntılara yol açabilmektedir (53). Özellikle gece meydana gelen soluk alıp vermede zorlanma, horlama, apne, ağzı açık ve huzursuz uyuma, rekürren ve dirençli üst solunum yolu ve orta kulak enfeksiyonları görülebilmektedir (12,53). Ayrıca ilerleyen dönemlerde damak ve diş yapısında bozukluklar görülmekte ve çocukta adenoid yüz görünümü denilen ince uzun bir yüz görünümü ve ağzı açık durma gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (12). Tedavisiz kalan ve daha da ilerleyen durumlarda büyüme gelişme gerilikleri, öğrenme bozuklukları, uzun süreli hipoksiye bağlı kor pulmonale gibi kardiyak problemler ortaya çıkabilmektedir (53).

Oral Lezyonlar

Linea Alba:

Yanak mukozasında genellikle dişlerle temas halinde olan alanlarda meydana gelen travmatik etkiye bağlı ortaya çıkan beyaz görünümlü lezyonlardır. Sıklıkla horizontal ve çift taraflıdır. Genelde semptom görülmez ve tedavi gerektirmezler (54,55). (Şekil 44)



Şekil 2.44. Linea Alba (56)

Keratoz:

Bireylerde dil veya yanak ısırma alışkanlığı, uyumsuz diş protezleri, sıcak yiyecek tüketme, sigara kullanımı ya da kullanılan bazı ilaçlara bağlı olarak görülen yanak, dudak ve dil mukozasında düzensiz sınırlı kalın beyaz üzerinde ara ara pembe alanlar olan lezyonlar oluşur ve çoğunlukla hafif ağrı eşlik eder. Tedavisinde altta yatan neden ortadan kaldırılmalıdır (57). (Şekil 45)



Şekil 2.45. Ülser ve Keratoz (10)

Oral Kandidiazis:

Oral kandidiazis çoğunlukla *C.albicans* hiflerine bağlı görülen ağız içinde en sık karşımıza çıkan mantar enfeksiyonudur (58,59).

En önemli risk faktörü bağışıklık sistemini etkileyen durumlardır. İmmünsüpresyon, kronik hastalıklar, uzun süreli ya da geniş spektrumlu antibiyoterapi, kemoterapi veya kortikosteroid kullanımı, sigara, ağız içinde yabancı cisimler ve hastanın yenidoğan olması enfeksiyon gelişimini kolaylaştıran unsurlardır (60,61).

Oral mukozada beyaz yapışkan plaklar, bazı hastalarda yanma, ağrı ve hassasiyet görülebilmektedir (10,12). Bu plaklar kaldırıldığında altta eritemli bir mukoza görünümü karşımıza çıkmaktadır (60). (Şekil 46)



Şekil 2.46. Oral Kandidiazis (62)

Tedavisinde nistatin süspansiyonu gibi lokal antifungal ajanlar 7-14 gün kullanılır. Tedaviye cevap alınamıyorsa veya sık tekrarlıyorsa etiyolojinin araştırılması için bir üst merkeze yönlendirilir (12).

Oral Lökoplaki:

Ağız içinde sıklıkla dil, ağız tabanı ve yanak mukozasında görülen beyaz-gri plak tarzı gerilemeyen lezyonlardır (12,63). (Şekil 47) En önemli özellikleri prekanseröz olmalarıdır. Bu lezyonlar uzun süreli takip gerektirmektedir (12) . Lökoplaki tanısı diğer hastalıklar ekarte edildikten sonra konulmalıdır (10). Birinci basamakta lökoplaki düşünülen hasta ileri tetkik ve takip amaçlı bir üst merkeze yönlendirilmelidir.



Şekil 2.47. Oral Lökoplaki (64)

Oral Eritroplaki:

Eritroplaki oral mukozada eritematöz görünümlü plak oluşumudur. (Şekil 48) Lökoplakiye benzer şekilde prekanserözdür ve takip gerektirmektedir. Eritroplakilerin kansere dönüşme oranı lökoplakiden daha fazladır. Birinci basamakta eritroplaki düşünülen hastalar ileri tetkik ve takip amaçlı bir üst merkeze yönlendirilmelidir (12).



Şekil 2.48. Eritroplaki (64)

Oral Liken Planus

Ağız içinde yanak mukozasında, dilin yan bölümlerinde, diş eti ve sert damakta çift taraflı, simetrik beyaz çizgi ya da ağ görünümlü lezyonlardır (10,12). (Şekil 49) Çoğunlukla asemptomatik seyretmekte fakat bazı hastalarda yanma ve ağrı hissi, hassasiyet, ağızda kuruluk gibi semptomlar eşlik edebilmektedir (65,66). Diğer hastalıklarda ayırıcı tanısını yapabilmek için biyopsi gerekmektedir. Zeminde displazi

gelişen liken planus vakaları prekanseröz olabilmektedir (66).Tedavisinde asemptomatik hastalarda takip semptomatik hastalarda topikal steroidler önerilmektedir (65). Birinci basamakta oral liken planus düşünülen hastalar ayrıntılı tetkik için üst merkeze yönlendirilmelidir.



Şekil 2.49. Oral Liken Planus (67)

Hemanjiom:

Genellikle yumuşak dokuda meydana gelen damarsal bozukluklardır. (Şekil 50) Dudak, yumuşak damak, oral mukoza ve dil üzerinde oluşabilmektedir. Fizik muayenede bir lamel yardımıyla üzerine baskı yapıldığında lezyonun renginde solma görülmektedir. Sıklıkla bebeklik döneminde karşımıza çıkmakta ve kanama, yeme ve solunum sıkıntısı gibi sorunlara yol açmadıkça tedavi gerektirmemektedir (12).



Şekil 2.50. Lingual Hemanjiom (68)

Aftöz Stomatit:

Oral mukozada sıklıkla sınırları düzenli zimba görünümünde, ülser ve ağrılı lezyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır (12). (Şekil 51) Oral aft oluşumunun etiyoloji net aydınlatılamamıştır ancak immün yanıtı azaltan bazı durumlar, kronik hastalık, ağız

içinde iritasyon yapan ilaçlar ya da yabancı cisimler, diş çürükleri, Behçet hastalığı gibi bazı romatizmal hastalıklar, B12 ve B6 gibi bazı vitamin eksiklikleri, demir ya da çinko eksiklikleri ve genetik yatkınlık aftöz stomatit oluşumunu kolaylaştırmaktadır (12,69).

Boyutlarına göre aftlar minör (1 cm'den küçük), majör (1 cm'den büyük) ve herpetiform (iğne ucu büyüklüğünde çok sayıda, düzensiz) olmak üzere üçe ayrılmaktadır (12).

Tedavisi genelde ağrı kontrolü ve aftı iyileştirmeye yönelik topikal steroid tedavisi şeklindedir. Bunun dışında oral tetrasiklin süspansiyonları, klorheksidinli gargaralar, anestezi sprey ya da gargaralar da tercih edilebilmektedir (69). Sık tekrarlayan, dirençli olgularda altta yatan neden araştırılmalıdır (12).



Şekil 2.51. Aftöz Stomatit (70)

Migratuar Glossit (Coğrafik Dil):

Dil mukozasında gelişen nedeni net olarak anlaşılamamış inflamatuvar bir hastalıktır. Fizik muayenede dil dorsal yüzünde papillalarda atrofi, etrafı beyaz-sarı alanlarla sınırlandırılmış eritematöz yama tarzında lezyonlar karşımıza çıkmaktadır. (Şekil 52) Lezyonlar zamanla yer değiştirebilmektedir. Dilin yan bölümünde ya da ağız içinde başka alanlarda da gelişebilmektedir. Sıklıkla hastada bir yakınma oluşmamaktadır fakat bazen yanma ve ağrı hissine neden olabilmektedir (71). Etiyolojisinde stres, ağız içinde gelişen enfeksiyonlar, human immünodeficiency virüs (HIV) enfeksiyonları, psöriazis gibi bazı romatolojik hastalıklar, lityum kullanımı gibi durumların rol aldığı düşünülmektedir (72).

Yakınmaları olmayan hastalarda tedaviye gerek görülmemekte, semptomatik olanlarda topikal steroidler, topikal tacrolimus tercih edilebilmektedir (73).



Şekil 2.52. Coğrafik Dil (10)

Fissürlü Dil:

Dilde yer alan fizyolojik sulkusların derinleşmesi ve yarık görünümünü almasıdır (12). (Şekil 53) Genelde altta yatan bir neden olmasa da psöriazis hastalarında sıklıkla karşılaşılan bir bulgudur (71). Çoğunlukla asemptomatiktir ancak asitli yiyecekler ağrı ve yanma hissine sebep olabileceğinden bu hastalarda asitli yiyeceklerin tüketimi azaltılmalıdır. Tedavi gerektirmemektedir (12).



Şekil 2.53. Fissürlü Dil (10)

Kılı Dil:

Genellikle ileri yaş, ağız bakımı kötü ya da tütün kullanımı olan, bağışıklığı düşük hastalarda görülen dil üzerinde papillalarda keratin birikimine bağlı hipertrofi ve bakteriyel ya da fungal enfeksiyona bağlı koyu renk görünümü ile karakterize hastalıktır (12,74). (Şekil 54)

Tedavide öncelikle dil üzerindeki bu bölge bir dil basacağı yardımı ile temizlenmelidir. Antifungal ya da antibiyotik solisyonlar verilmeli ve ağız hijyenine dikkat edilmelidir (12,74).



Şekil 2.54. Kıllı Dil (75)

Atrofik Dil:

Dil üzerindeki papillaların atrofiye uğrayıp yok olduğu, dilin parlak kırmızı bir görünüm aldığı durumdur. (Şekil 55) Genellikle vitamin-mineral eksiklikleri, yetersiz beslenme, ağız kuruluğu gibi sebeplere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Altta yatan nedene yönelik replasman tedavisi verilmelidir (12).



Şekil 2.55. Atrofik Dil (76)

Oral Kanserler:

Dudaklar, vestibulum oris, bukkal mukoza, dil ve ağız tabanı, palatin tonsiller ve arkada posterior farinks duvarına kadar olan bölgede görülen kanserlerdir (12). Tüm kanserler içinde görülme sıklığı altıncı sıradadır ve daha çok 50 yaş üzerindeki erkeklerde görülmektedir (77). Tütün ve alkol alışkanlığı etiyolojideki en önemli etkenlerdir. Bunun yanında kalıtsal faktörler, güneş ışığı ve radyasyon maruziyeti, beslenme bozuklukları, prekanseröz lezyon ve enfeksiyonlar kanser sıklığını arttırmaktadır (78). Görülme lokalizasyonlarının sıklığı sırasıyla dil, dudak, orofarinks ve tonsiller, ağız tabanı, yanak mukozası, retromolar trigon ve diş etleridir (79). En sık görülen kanser tipi skuamöz hücreli kanserlerdir (80).

Hastalar çoğunlukla ağız bölgesinde geçmeyen yara, ağızda kötü koku, diş etlerinde bozukluk ya da dişlerde sallanma, yansıyan ağrılar, konuşma ve beslenmede zorlanma gibi yakınmalarla hekime başvurmaktadır (12).

Bu tür şikayetlerle gelen hastalarda oral kavitede 10 gündür sebat eden ve progresyon gösteren yaralar mevcutsa oral kanserlerden şüphelenen birinci basamak hekimi zaman kaybetmeden biyopsi amacıyla hastayı bir üst merkeze yönlendirmelidir (12).

Ankiloglossi (Kısa Frenulum)

Ankiloglossi frenulumun dile bağlanma noktasının ya normalden daha proksimalde olması veya frenulumun normal boyutundan daha kısa olması sonucu ortaya çıkan yapısal bir bozukluktur (12). Sıklıkla bebek ve çocuklarda görülmekte bazı hastalarda semptom vermemekte ancak ileri düzeyde olup tedavi edilmediğinde dil hareketlerini engelleyerek beslenme ve konuşma bozukluklarına sebep olabilmektedir (10,12). Fizik muayenede hasta dilini üst ve alt dudaklarının önüne kadar çıkarabiliyorsa, dil hareketlerinde ve konuşmada sıkıntı ve bebekler için emme sorunu oluşturmuyorsa genellikle tedaviye gerek yoktur. Semptomatik boyutta ise cerrahi müdahale için bir üst merkeze yönlendirilmelidir (12).

Ranula

Ağız tabanında bu bölgede yer alan submandibular ve sublingual tükürük bezlerinin kanallarından kaynaklanan retansiyon kistlerine ranula adı verilmektedir. Zamanla büyüme ve büyüdükçe duvarında incelme görülmekte bazı hastalarda rüptüre olup tekrarlayabilmektedir. Yapısal nedenler, enfeksiyon ya da travma gibi nedenler etiyolojide rol oynayabilmektedir. Büyüdükçe dil hareketlerini kısıtlamaktadır. Bu durum sonucu beslenme ve konuşma bozuklukları, ilerleyen hastalarda solunum obstrüksiyonu ortaya çıkabilmektedir. Tedavisi cerrahidir birinci basamakta ranula düşünülen hasta bir KBB hekimine yönlendirilmelidir (10,12).

2.2.4. Larinks Hastalıkları

Disfoni

Ses oluşum mekanizmasından sorumlu ana organ larinkstir. Bununla beraber burun, nazofarinks, paranazal sinüsler, dil, diş ve dudak da sesin oluşumuna, rezonansına ve konuşmaya katkı sağlamaktadır. Larinkste yer alan vokal kordlar ses

oluşumu esnasında birbirine yaklaşıp daralmakta, soluk alma sırasında uzaklaşıp açılmaktadır. Birbirine yaklaşan vokal kordlar arasından geçen hava sesi oluşturmaktadır (12).

Disfoni ses oluşumunda ya da rezonansında meydana gelen bozuklukları ifade etmektedir (10).

Kişinin sesini yanlış kullanımına bağlı gelişen ses kısıklıkları fonksiyonel, sesi oluşturan organlarda ortaya çıkan patolojiler sonucu oluşan ses kısıklığına organik disfoni adı verilmektedir (12).

Organik disfoni sebepleri (12);

- 1- Üst solunum yolu enfeksiyonları
- 2- İrritan faktörler (sigara, alkol, hava kirliliği, kimyasal madde vs.)
- 3- Gastroözafagial reflü. (Laringofaringeal reflü)
- 4- Travmalar
- 5- Bening ve malign lezyonlar
- 6- Hormonal sebepler
- 7- Vokal kord hastalıkları
- 8- Santral patolojiler (Paraliziler)

Larinks Bening Lezyonları

Nodül:

Sesini yanlış kullanan kişilerde ve ses sanatçılarındaki daha çok meydana gelen bir durumdur. Vokal kordların birbirine temasının en fazla olduğu ön 1/3'ünde görülen başta ödem ardından fibrozis ile iyileşme sonucu gelişen nodüllerdir. Sıklıkla çift taraflıdır. Vokal kordların tam olarak kapanmasını engelleyerek ses kısıklığına yol açmaktadır. Tedavisi ses istirahati çok büyük nodüllerde cerrahi müdahaledir (12).

Polip:

Nodüle benzer şekilde sesin yanlış kullanımına bağlı gelişen ödemin ardından ortaya çıkan bir diğer durum poliptir. Nodüllerden ayrımında genelde tek taraflı olmaları önem taşımaktadır. Tedavi önce cerrahi müdahale ardından sesi dinlendirme ve yanlış kullanımı düzeltmektir (12).

Granülomlar:

Genellikle lariks bölgesine yapılan entübasyon gibi girişimsel işlemlerin ardından veya laringofaringeal reflüye bağlı olarak ortaya çıkan, vokal kordların arka bölümünde ve tek taraflı olarak görülen lezyonlardır. Tedavisinde reflü varsa ona yönelik sağıltım sağılanmalı sebat eden granülomlarda ileri tetkik incelemesi yapılmalıdır (12).

Reinke Ödemi:

Laringofaringeal reflü ya da tütün kullanımına bağı vokal kordlarda ödem meydana gelmesidir. Sıklıkla bilateralidir. Tedavisinde iritandan uzak durma ve reflü varsa ona yönelik tedavi uygulanmalıdır. Sebat eden ödem durumunda cerrahi müdahale gerekmektedir (12).

Laringeal Papillom:

Human papilloma virüsün (HPV) larinks tutulumuna bağı gelişen siğıil tarzında lezyonlardır. Cerrahi müdahale gerekmektedir (12).

Laringosel-Laringopyosel:

Genellikle nefesli enstrümanlar kullanan ya da cam üfleme işiyle uğraşan bireylerde görülen bir durumdur. Larinks içine ya da dışına doğru büyüyen içi hava ya da enfekte sıvı ile dolu olan keseciklerdir. Tedavisi cerrahidir (12).

Larinks Ödemi:

Alerji, anjioödem, enfeksiyon gibi sebeplere bağı olarak gelişen vokal kordlardan başlayarak larinks içine doğru ilerleyen bazı durumlarda solunum yolu tıkanması gibi hayati tehditlere yol açan durumdur. Altta yatan nedene yönelik tedavi gerekmektedir (12).

Larinks Kanseri

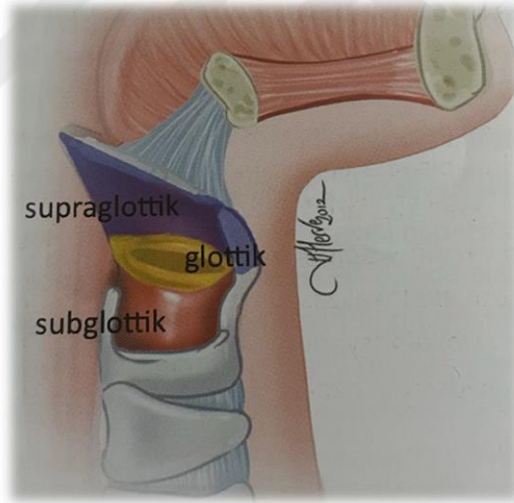
Larinks kanseri baş boyun bölgesindeki kanserlerin %25'lik bir kısmını oluşturmaktadır.

Hastalık oluşumunda predispozan faktörler; tütün kullanımı, alkol, kalıtsal faktörler, radyasyon maruziyeti, ileri yaş, erkek cinsiyet, prekanseröz enfeksiyonlar (HPV vs.), yanlış beslenme alışkanlıkları olarak sayılabilmektedir.

Sınıflandırma:

Larinks kanserleri anatomik lokalizasyonuna göre üç gruba ayrılmaktadır (şekil 56);

- 1- Supraglottik kanserler: vokal kordların üst tarafında kalan alandır. Bu bölge lenfatik drenajın en yoğun olduğu alandır ve burada meydana gelen kanserlerin lenf yoluyla çevre dokulara yayılımı fazladır (81).
- 2- Glottik kanserler: vokal kordların yer aldığı alanda meydana gelen kanserlerdir. Sıklıkla anterior 2/3'lük alanda gelişmektedir. Bu alanın lenfatik drenajı diğer bölümlere göre daha az olduğunda lenfatik yolla yayılım daha az görülmektedir (81).
- 3- Subglottik kanserler: vokal kordların altında kalan bölgede meydana gelen kanserlerdir. Bu bölgede kanser görülme olasılığı diğerlerine göre daha düşüktür. Lenfatik drenajı yoğun olduğundan lenf nodlarına ve boyuna yayılım sık görülmektedir (10,12).



Şekil 2.56. Larinks Kanseri Anatomik Bölgeleri (12)

Belirti ve Bulgular:

Larinks kanserinde hastaların en sık yakınması ses kısıklığıdır. 7-10 günden uzun süren ve ilerleyen ses kısıklığı durumunda larinks kanseri akılda tutulmalıdır. Bununla beraber yutma bozuklukları veya takılma hissi, öksürük, kulak ağrısı, kötü ağız kokusu, iştah ve kilo kayıpları gibi şikayetler de görülebilmektedir.

Tanı:

Tanıda en önemli basamak hastanın belirti ve bulgularından larinks kanserini akla getirmektir. Fizik muayenede larinks bakısında kitlenin görülmesi ikinci basamaktır.

Yaklaşım:

Birinci basamakta larinks kanserinden şüphe edilen hastalar endoskopik muayene ve ileri tetkik açısından bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

2.2.5. Boyun Hastalıkları**Tükürük Bezi Hastalıkları****Tükürük Bezlerinin Anatomisi:**

Tükürük bezleri majör ve minör olarak iki grupta incelenmektedir. Majör tükürük bezleri; parotis, submandibular ve sublingual bezlerdir (12).

Parotis kulağın antero-inferiorunda yer alan en büyük tükürük bezidir. “Stenon” adı verilen kanalı ağız boşluğuna üst ikinci molar diş hizasında yer alan “papilla salivaris bukkalis” yoluyla açılmaktadır. Parotis bezinin salgısı seröz yapıdadır (10).

Submandibular bez ağız tabanının alt kısmında submandibular üçgende yer almaktadır. “Wharton” adı verilen kanalı dil altında frenulumun ağız tabanı ile birleştiği noktada yer alan “karunkula sublingualis” aracılığıyla açılmaktadır. Submandibular bez seröz ve müsinöz yapıda salgı üretmektedir (10). Submandibular bez gün içinde en fazla tükürük salgısı üreten bezdir (12).

Sublingual bez ağız tabanında yer alan mukoza ve kasların altında yer almaktadır. Çok sayıda kanalı olmakla beraber en büyüğü olan “Bartolin” kanalı Wharton kanalı ile birleşerek karunkula sublingualise açılmaktadır. Bunun dışında kalan daha küçük kanalcıklara “Rivinus” kanalcıkları adı verilmekte ve bunlar ağız tabanında yer alan “plika sublingualis”lere açılmaktadır (10).

Minör tükürük bezleri ise fazla sayıda olup oral kavitede ve orofarinkste dağınık olarak yerleşmiş halde bulunmaktadır (10).

Siyalolitiazis:

Tükürük bezlerinde taş oluşması durumudur ve tükürük bezlerinde sıklıkla meydana gelen hastalıktır (82). Etiyolojisi net olarak ortaya konulamamakta ancak gut

hastalığı gibi bazı kronik hastalıklarda görülme olasılığı artmaktadır (83,84). Sıklıkla majör tükürük bezlerinde tek taraflı görülmekle birlikte daha yoğun kıvamlı salgı üretmesinden dolayı en sık submandibular bezde görülmektedir (84).

Belirti ve Bulgular:

Hastalar genellikle yemek yeme sırasında veya tükürük salgısını arttıran durumlarda majör tükürük bezlerinin yer aldığı anatomik lokalizasyonlar olan kulak önü, ağız tabanı veya çenede birden gelişen şişlik ve şiddetli ağrı şikayetiyle başvurmaktadır. Bazı hastalarda tükürük bezi kanallarında ciddi tıkanıklık oluşmakta ve zamanla enfeksiyon gelişmektedir. Bu durumda semptomlar şiddetlenmektedir (10).

Fizik muayenede şişlik, ağrılı palpasyon, bimanuel muayenede bazen taşın sertliğinin hissedilmesi siyalolitiazisten şüphelendirmelidir (10).

Tanı:

Anamnez ve fizik muayene ile siyalolitiazisten şüphelenilen hastada ultrasonografi ile kesin tanı koyulmaktadır (10).

Yaklaşım:

Siyalolitiazisin tedavisi cerrahidir (85). Birinci basamakta tükürük bezinde taş olduğundan şüphelenilen hastalar kesin tanı ve tedavi için bir KBB kliniğine yönlendirilmelidir.

Siyaloadenitler:

Tükürük bezlerinin enfeksiyonudur ve en sık görülen hastalıktır (12). Bakteriyel ya da viral etkenlere bağlı olarak, kanallarda tıkanıklık durumunda, radyasyona bağlı olarak, Sjögren sendromu gibi bazı sistemik hastalıklara ya da tümörlere bağlı olarak meydana gelmektedir (10). Tükürük salgısının yoğunluğunu ve pH'ını değiştiren durumlar enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. En çok karşımıza çıkan siyaloadenit Paramiksovirus enfeksiyonuna bağlı gelişen kabakulak hastalığıdır (12). Altta yatan nedenlerin ortadan kaldırılmadığı durumlarda tükürük bezi enfeksiyonları kronikleşebilmekte ya da sık tekrarlamaktadır (12).

Kabakulak:

Kabakulak parotis bezinin viral enfeksiyonudur. Etkeni Paramiksovirüstür. Damlacık yoluyla bulaşmakta ve inkübasyon süresi ortalama 2-3 haftadır. Sıklıkla çocukluk döneminde meydana gelmektedir (12).

Belirti ve Bulgular:

Kulak önünde ağrılı şişlikler ve ateş hastalığın en önemli bulgularıdır. Bakteriyel tükürük bezi enfeksiyonundan ayırmak için parotis bezi üzerine yapılan hafif masaj sonrası papilla salivaris bukkalisten gelen salgının seröz olması önemli bir bulgudur. Pürülan salgı daha çok bakteriyel etkenlere bağlı görülmektedir (12).

Tanı:

Hastalığın tanısı anamnez ve fizik muayene ile konulmakta ve kesinleştirmek için laboratuvar testlerinden faydalanılmaktadır. Kan sayımında lökopeni ve periferik yaymada lenfositöz önemli laboratuvar bulgularıdır. Bazı hastalarda serum amilazının yükseldiği görülebilmektedir.

Tedavi:

Kabakulak tedavisinde hastanın bol sıvı alması ve istirahat etmesi gerekmektedir. Bununla beraber analjezik ve antipiretik tedavi ile süperenfeksiyonların profilaksisi açısından düşük doz antibiyotik tedavisi fayda sağlamaktadır (10,12).

Komplikasyonlar:

Kabakulak hastalığının önemli komplikasyonları bulunmakta ve bu açıdan hastaların bilgilendirilmesi gerekmektedir. Unilateral işitme kaybı, pankreatit, orşit, oofarit, meningoensefalit meydana gelebilecek komplikasyonlardır (10,12).

Tükürük Bezi Tümörleri:

Tükürük bezi neoplazileri diğer vücut bölgelerine kıyasla daha az karşımıza çıkmaktadır. Tüm bezlerde görülmesine rağmen en sık parotiste meydana gelmektedir. Submandibular ve sublingual bez tümörleri bunu takip etmekte ve minör tükürük bezlerinde tümör gelişimi daha az izlenmektedir (86).

Erişkin hastalarda en sık görülen tükürük bezi tümörleri sırasıyla pleomorfik adenom ve Whartin tümörüdür. Çocuklarda ise hemanjiom daha sık izlenmektedir.

Bunlar benign karakterli olup her iki dönemde de en sık görülen malign tümör ise mukoepidermoid karsinomdur (87).

Belirti ve Bulgular:

Hastalar genelde kulak önü, ağız tabanı, damak, çene gibi tükürük bezlerinin yer aldığı anatomik lokalizasyonlarda giderek ilerleyen şişlik, ağrı, ele gelen kitle ve yakın dokularda yansıyan ağrı şikayetleriyle başvurmaktadır. Bazı hastalarda fasiyal paralizi, servikal lenfadenopati, cilt tutulumu klinik tabloya eşlik edebilmektedir (12).

Yaklaşım:

Birinci basamakta anamnez ve fizik muayenede tükürük bezinde tümörden şüphelenilen hastalar ayrıntılı tetkik ve tedavi amacıyla bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

Boyunda Kitle

Buyunda kitle üç grupta incelenmektedir;

- 1- Konjenital kitleler
- 2- Enfeksiyona bağlı kitleler
- 3- Neoplastik kitleler

Konjenital kitleler doğumda var olan bazı yapılarının gerilememesine bağlı olarak gelişen benign karakterli kitlelerdir. Tiroglossal duktus kisti, brankiyal yarık kisti, teratom-dermoid kist, hemanjiyom-lenfanjiyom, laringosel bunlardan en sık karşımıza çıkanlar olup tedavileri genellikle cerrahi müdahaledir (12).

Enfeksiyona bağlı gelişen lenfadenopatiler klinikte en sık karşılaştığımız boyun kitleleridir. Viral, bakteriyel, fungal ve paraziter etkenlere bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Hastada daha öncesinden bir enfeksiyon gelişmesi ve buna bağlı gelişen immün yanıt sonucu oluşmaktadır (12).

Neoplastik kitleler ise diğerlerine göre daha az görülmekle birlikte; metastatik boyun tümörleri, tükürük bezi tümörleri, tiroid bezi tümörleri, lenfoma, cilt tümörleri ve primeri bilinmeyen metastatik tümörler olarak sayılabilmektedir. İleri yaş, kimyasal maruziyeti, alkol-sigara kullanımı önemli risk faktörleridir. Aynı zamanda kitlenin büyük, ağrısız, immobil ve sert kıvamlı olması, 7-10 gün içinde giderek ilerlemesi malignite açısından önemli risk faktörleridir (12).

Yaklaşım:

Birinci basamakta boyunda kitle ile karşılaştığımız hastada 7-10 gün içinde gerileme gözlenememişse hasta ileri tetkik ve tedavi açısından KBB kliniğine yönlendirilmelidir.

Fasiyal Paralizi

Fasiyal sinir yedinci kafa çifti olarak bilinmekte; yüz kasları ve stapes kasının motor innervasyonu, dilin ön 2/3'lük kısmının tat duyusu, gözyaşı salgısı, nazal mukozadaki bezlerin salgısı ve çene altındaki tükürük bezlerinin salgılama görevi ayrıca dış kulak yolu ve aurikulanın bir bölümünün duyu hissinin alınması gibi görevleri yerine getirmektedir (12).

Çeşitli nedenlere bağlı olarak fasiyal sinir hasarının oluşması ve işlevlerini yerine getirememesine fasiyal sinir paralizi adı verilmektedir. Sinirin seyri sırasında hasarın lokalizasyonuna göre santral ve periferik fasiyal paralizi olarak ikiye ayrılmaktadır. Tedavi açısından santral ve periferik fasiyal paralizi ayrımı önemlidir (10,12). Periferik fasiyal paralizi nedenleri; Bell paralizi, Rumsay Hunt sendromu, Lyme hastalığı, Gullian Barre sendromu, sarkoidoz, lösemi, cerrahi veya travmatik nedenlere bağlı fasiyal paralizi olarak sayılabilmektedir (12).

Belirti ve Bulgular:

Santral paralizilerde yüzün sadece alt yarısı etkilenmekte hasta kaşlarını hareket ettirebilmektedir. Periferik fasiyal paralizilerde ise tam bir yüz yarısı etkilenmektedir. Hasta etkilenen tarafta kaşını kaldıramamakta, göz kapaklarını hareket ettirememekte bununla beraber göz yaşı salgısı o tarafta azalmaktadır. Yine etkilenen tarafta nazolabial sulkus silinmiş, ağız köşesi aşağı doğru kaymıştır (10,12).

Tanı:

Hastalığın tanısı anamnez ve fizik muayeneye göre konulmaktadır (12).

Tedavi:

Bell paralizisine bağlı fasiyal paralizilerde verilecek ana tedavi steroid tedavisidir. 1 mg/kg'dan steroid tedavisi başlanıp giderek azaltılarak on günlük tedavi tamamlanmalıdır. Bununla beraber steroidin gastrik yan etkilerinden hastayı korumak için proton pompa inhibitörleri, göz kurumasını önlemek için suni gözyaşı damlaları ve göz kapama önerilmektedir (12).

Altta yatan başka neden varsa ona yönelik tedavi düzenlenmelidir. Birinci basamakta hastaya steroid tedavisi başlandıktan sonra mutlaka KBB kliniğine konsülte edilmelidir.

2.2.6. Yabancı Cisimler

Kulakta Yabancı Cisim

Genellikle yedi yaş altındaki çocuklarda ve dış kulak yolunun en dar alanı olan “istmus” bölgesinin proksimalinde yabancı cisimler karşımıza çıkmaktadır. Kulağa girebilecek boyutta her türlü cisim veya böcekler sık görülmektedir. İstmustan daha medialde bulunanlar timpanik membrana yakın olduğu için çıkarılması hem daha zor hem de zar perforasyonu açısından risklidir. Kulaktaki yabancı cisimler özel durumlar dışında acil müdahale gerektirmemektedir. Acil çıkarılması gereken durumlar ise kulağa giren yabancı cisim pil gibi nekroza neden olabilecek bir cisim ise, sivri ve kulağa batıp ödem oluşturacak bir madde ise, kene gibi canlı böcek bulunuyor ise zaman kaybetmeden müdahale edilmeli; birinci basamakta çıkarılamayan durumlarda bir KBB kliniğine yönlendirilmelidir. Böcek dışındaki yabancı cisimler bir küret yardımı ile çıkarılabilmektedir. Kulakta canlı böcek varsa öncelikle %5’lik alkol borik, gliserin veya %3’lük hidrojen peroksit dış kulak yoluna damlatılmalıdır. Ardından böcek biraz dışarıya doğru yaklaşınca dış kulak yolundan çıkarılmalıdır. Kene varlığında herhangi bir kimyasal madde kullanılmamalıdır. Keneyi kusturmadan kenenin cilde yapıştığı yerden bir penset yardımıyla tutularak çıkarılmalıdır. Böceğin çıkarılmasının ardından dış kulak yolunda kalabilecek yumurtaların temizlenmesi için mutlaka kulak lavajı yapılmalıdır (12).

Burunda Yabancı Cisim

Genellikle çocuklarda veya demans hastalarında karşılaşılmaktadır. Hava yoluna doğru ilerleyip hayatı tehdit edebilecek obstrüksiyonlara yol açabileceği için önemli ve acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Bununla beraber pil ya da mıknaş gibi nekrotize edici maddeler septum perforasyonu veya nazal mukozanın hasar görmesi açısından önem taşımaktadır. Burundaki yabancı cisimler sıklıkla alt konka etrafında görülmektedir. Bunun nedeni konkaların yabancı cisimlerin geriye kaçmasını engelleyecek bir bariyer görevi görmeleridir.

Bu hastalar erken dönemde gelebileceği gibi erken yaş çocukluk çağına geç dönemde de karşımıza gelebilmektedir. Burunda bulunan ve geriye ilerlemeyen yabancı

cisimler burunda tek taraflı kötü kokulu akıntı, bazen tekrarlayan burun kanamaları ile başvurmaktadır.

Birinci basamakta, burnun ön tarafında bulunan endoskopik bakı gerektirmeden alınabilecek yabancı cisimler ucu eğri bir alet yardımıyla çıkarılmalı; geride bulunan obstrüksiyon yapma ihtimali yüksek olan, endoskopik bakı gerektiren durumlarda acilen bir KBB kliniğine yönlendirilmelidir. Çıkarma işlemi yapılırken nazal dekonjestan veya lokal anestezi sprey kullanımında fayda vardır.

Hipofaringeal, Laringeal ve Trakeal Yabancı Cisim

Bu bölgede hayati riski en yüksek alanlar larinks ve trakeadır. Bu lokalizasyonlarda oluşan tıkanıklıkların hava yolunu kapatma olasılığı daha yüksektir. Hipofarinks biraz daha geniş bir bölge olduğundan tam tıkanıklık ihtimali daha düşüktür.

Hipofarinks bölgesinde sıklıkla balık kılçığı gibi yemek esnasında takılabilecek yabancı cisimler görülmektedir. Birinci basamakta görülebiliyorsa bir penset ve ışık kaynağı yardımıyla alınmalı geride bulunan ve görülemeyen solunum problemi olmayan hastalar zaman kaybetmeden KBB kliniğine yönlendirilmelidir.

Larinks ve trakeada bulunan yabancı cisimlerde ise hastada ani öksürük, solunum sıkıntısı ve morarma meydana gelir. Bu hastalarda öncelikle Heimlich manevrası yapılarak yabancı cisim çıkarılmaya çalışılır. İlerleyen ve çıkarılamayan durumlarda hastanın solunum ve dolaşımı duruyorsa kardiyopulmoner resüsitasyona başlanmalıdır.

Bazen solunum yolunda tam bir tıkanıklık gelişmeyip cisim daha da ileriye alt solunum yoluna kaçabilmektedir. Bu durumda ilk gürültülü tablo geçtikten sonra sessiz evreye geçmekte ve geç dönem belirtileri ortaya çıkmaktadır. İnspiratuar stridor, wheezing, solunum seslerinde azalma geç dönem bulgularıdır. Kesin tanı görüntüleme ile koyulmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmamız kesitsel-tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. 30 Mayıs 2022 – 30 Aralık 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini tüm Türkiye’de hala eğitim almakta olan tam zamanlı ve yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, uzman aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimleri oluşturmaktadır. Yapılacak çalışma kapsamında G*Power 3.1 programı kullanılarak aile hekimlerinin KBB bilgi düzeylerinin yeterli olup olmadığının incelenmesinde KBB bilgi düzeyi yeterli ve KBB bilgi düzeyi yetersiz olan sonuç değişkeni, I. Tip hata miktarı (alfa) 0.05, testin gücü (1-beta) 0.8, etki büyüklüğü 0.5 (orta etki), gruplara dağıtım oranı 1 ve alternatif hipotez (H1) iki yönlü iken iki bağımsız örneklem t testi yardımıyla her bir grupta en az 64 hasta olmak üzere toplamda minimum 128 hastanın alınması gerektiği teorik güç analizi ile hesaplanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 362 kişi katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Tam zamanlı veya yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak
- Aile hekimi uzmanı olmak
- Sözleşmeli ile hekimi olmak

3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurulundan onay alınmıştır. Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzmanı eşliğinde birinci basamakta sık karşılaşılan KBB hastalıkları belirlenmiştir. Tespit edilen hastalıklara yönelik anket soruları literatürden yapılan araştırmalar sonucu KBB uzmanı gözetiminde hazırlanmıştır. Çalışmanın anketi Google formlar üzerinden oluşturulmuş ve elektronik ortamda paylaşılarak katılımcılara dağıtılmıştır.

Ankette toplam 60 sorudan oluşan 3 bölüm yer almaktadır. İlk bölüm sosyodemografik bilgilerden, ikinci bölüm öz değerlendirme sorularından, üçüncü bölüm birinci basamakta sık karşılaşılan KBB hastalıklarına yönelik bilgi sorularından oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgilerin sorgulandığı ilk bölüm çoktan seçmeli

sorulardan oluşmaktadır ve 10 soru içermektedir. Öz değerlendirme sorularından oluşan ikinci bölüm beşli likert ölçeği şeklinde düzenlenmiş 24 soru ve 1 adet çoklu seçmeli sorudan oluşmaktadır. Beşli likert şeklinde düzenlenen her bir soruda seçenekler sırasıyla 5-1 arasında puan almış olup en yüksek puan “120”, en düşük puan “24” olarak belirlenmiştir. Bu ölçekte her bir sorudan 5 puan alan katılımcılar “çok yeterli”, 4 puan alan katılımcılar “yeterli”, 3 puan alan katılımcılar “kısmen yeterli”, 2 puan alan katılımcılar “yetersiz”, 1 puan alan katılımcılar “çok yetersiz” olarak yorumlanmıştır. Bilgi düzeyi sorularının yer aldığı bölüm 25 adet çoktan seçmeli sorudan meydana gelmiş ve her bir soru dört puan olarak belirlenmiştir. Son bölümden alınabilecek en yüksek puan “100”, en düşük puan “0” olarak düzenlenmiş ve bu bölümde 80 puan ve üzeri alan katılımcıların bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edilmiştir. Böylece katılımcıların sosyodemografik verileri ve kendisini KBB hastalıklarını tanıma ve yönetme konusunda yetersiz hissetme sebepleri ile öz değerlendirme ve bilgi düzeyi sorularından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.

Ayrıca öz değerlendirme sorularıyla ön sorgulamaları yapılan konuların bilgi düzeyi sorularına katılımcıların verdikleri cevapların birbirleri ile tutarlılığı irdelenmiştir. Bu doğrultuda öz değerlendirme ve bilgi düzeyi sorularını içeren bölümlerde katılımcıların sorulara verdikleri cevapların yüzdelik oranları hesaplanmış ve aralarında nasıl bir korelasyon olduğunu ortaya koymak amaçlanmıştır.

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma ($\text{Ort} \pm \text{SS}$) ve medyan interquartile range (25-75 persantil değerleri) değerleri ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U-testi, ikiden fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Bağımlı değişkenin yordayıcılığının tespit edilmesi için lineer regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.4. Etik Onay

25 Nisan 2022 tarihinde İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2022-172233 karar numarası ile etik onay alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmaya 200'ü (%55,2) kadın ve 162'si (%44,8) erkek olmak üzere toplam 362 aile hekimi dahil edilmiştir. Aile hekimlerinin %56,4'ü 30 ve altı yaşında iken %43,6'sı ise 30 yaşın üzerindedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Aile Hekimlerinin Demografik Özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	200	55,2
	Erkek	162	44,8
Yaş	25-30	204	56,4
	>30	158	43,6

Aile hekimlerinin %36,7'si 0-5 yıl önce, %38,1'i 6-10 yıl önce, %19,6'sı 11-20 yıl önce mezun olmuş iken %5,5'i 20 yıldan uzun süredir mezun olmuştur. Katılımcıların aile hekimliği yapma süreleri sorulduğunda %20,4'ü 0-1 yıl, %55,5'i 2-5 yıl, %13,5'i 6-20 yıl ve %10,5'i 10 yıldan fazladır aile hekimliği yaptığı görülmüştür. Katılımcıların %52,2'si birinci tercih olarak aile hekimliği yazmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Aile Hekimlerinin Eğitim Süreleri ve Tercihleri

		Sayı	%
Mezuniyet süresi	0-5 yıl	133	36,7
	6-10 yıl	138	38,1
	11-20 yıl	71	19,6
	>20 yıl	20	5,5
AH kaçınıcı yıl	0-1 yıl	74	20,4
	2-5 yıl	201	55,5
	6-10 yıl	49	13,5
	>10 yıl	38	10,5
TUS'ta AH tercih sırası	Birinci tercih	156	52,2
	Birinci tercih değil	143	47,8

Aile hekimlerinin %2,2'sinde mezuniyet öncesi eğitiminde KBB stajı yok iken %19,6'sında bu staj 2 haftadan az ve %78,2'sinde 2-4 hafta arasındaydı. Hekimlerin %33,4'ü intörnlik döneminde KBB stajında hasta takibi yapmıştır. Aile hekimlerinin %22,4'ü mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi

almıştır. Aile hekimlerinin %98,3'ü birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Aile Hekimlerinin KBB ile İlgili Özellikleri

		Sayı	%
Mezuniyet öncesi eğitiminizde KBB stajı kaç haftaydı?	Yoktu	8	2,2
	<2 hf	71	19,6
	2-4 hf	283	78,2
İntörnlük döneminde KBB stajınızda hasta takibi yapma durumu	Evet	121	33,4
	Hayır	241	66,6
Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi alma durumu	Evet	81	22,4
	Hayır	281	77,6
Birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünme durumu	Evet	356	98,3
	Hayır	6	1,7

Çalışmaya dahil edilen aile hekimlerinin %97,5'i KBB hastalıklarını tanımakta ve yönetmekte kendilerini eksik hissetmekte iken %2,5'i bilgilerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Bilgilerini yetersiz hissedenlerin neden eksik hissettiği sorgulanmıştır. Katılımcıların %68'i eksik hissetmesinin nedenini Tıp fakültesinde yeterli süre ve etkin pratikle KBB eğitimi almamış olmak şeklinde, %62'si Aile hekimliği eğitim veya pratiğinde KBB eğitimi almamış olmak şeklinde, %19'u Aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB ile ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmamak şeklinde, %64,9'u KBB ile ilgili aldığınız eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması şeklinde ve %31,6'sı ise KBB eğitimleri süresince pratik eğitime etkin olarak katılmamak şeklinde ifade etmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Aile Hekimlerinin KBB Hastalıklarını Tanımakta veya Yönetmekte Eksik Hissetme Nedeni

	Sayı*	%
Tıp fakültesinde yeterli süre ve etkin pratikle KBB eğitimi almamış olmak	240	68,0
Aile hekimliği eğitim veya pratiğinde KBB eğitimi almamış olmak	219	62,0
Aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB ile ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmamak	67	19,0
KBB ile ilgili aldığınız eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması	231	64,9
KBB eğitimleri süresince pratik eğitime etkin olarak katılmamak	113	31,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Erkeklerin öz değerlendirme puanı kadınların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,003$). Yaşı 30 üzeri olanların öz değerlendirme puanı, yaşı 30 ve altı olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Demografik Özelliklere Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Cinsiyet	Kadın	82,4±10,4	81,0 (76,0-88,5)	0,003
	Erkek	85,0±11,7	85,0 (79,0-90,0)	
Yaş	≤30	82,0±9,9	81,0 (76,0-88,0)	<0,001
	>30	85,5±12,1	86,0 (80,0-91,0)	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Mezuniyet süresi 10 yıl üzeri olanların öz değerlendirme puanı mezuniyet süresi 10 yıl ve altı olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Aile hekimi olma süresi 5 yıl üzeri olanların öz değerlendirme puanı aile hekimi olma süresi 5 yıl ve altı olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Aile hekimliği tercihi birinci tercih olanların öz değerlendirme puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Aile Hekimlerinin Eğitim Süreleri ve Tercihlerine Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Mezuniyet süresi	≤10 yıl	82,1±10,8	81,0 (76,0-88,0)	<0,001
	>10 yıl	87,9±10,6	88,0 (82,0-93,0)	
AH kaçınıcı yıl	≤5 yıl	82,3±9,8	81,0 (76,0-88,0)	<0,001
	>5 yıl	87,6±13,5	88,0 (82,0-93,0)	
TUS'ta AH tercih sırası	Birinci tercih	85,4±12,0	85,0 (78,0-91,5)	0,001
	Birinci tercih değil	81,3±8,8	81,0 (76,0-87,0)	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi alanların öz değerlendirme puanı almayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Mezuniyet öncesi eğitimdeki KBB stajı haftası (p=0,304), intörnken KBB stajınızda hasta takibi yapma durumu (p=0,093) ve birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünme durumu (p=0,866) arasında öz değerlendirme puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Aile Hekimlerinin KBB ile İlgili Özelliklerine Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Mezuniyet öncesi eğitiminizde KBB stajı kaç haftaydı?	Yoktu	83,4±15,5	88,5 (71,5-93,0)	0,304*
	<2 hf	85,7±12,7	85,0 (79,0-90,0)	
	3-4 hf	83,0±10,4	82,0 (77,0-89,0)	
İntörnken KBB stajınızda hasta takibi yapma durumu	Evet	84,4±10,9	84,0 (80,0-89,0)	0,093**
	Hayır	83,1±11,1	82,0 (76,0-89,0)	
Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi alma durumu	Evet	86,8±8,5	87,0 (82,0-91,0)	<0,001**
	Hayır	82,6±11,5	82,0 (76,0-88,0)	
Birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünme durumu	Evet	83,7±10,5	83,0 (77,0-89,0)	0,866**
	Hayır	73,0±29,2	88,0 (50,0-92,0)	

*Kruskal Wallis analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

KBB hastalıklarını tanımakta veya yönetmekte eksik hissetme durumu arasında öz değerlendirme puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,319$). “Tıp fakültesinde yeterli süre ve etkin pratikle KBB eğitimi almamış olmak” nedeni ile eksik hissedenlerin öz değerlendirme puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). “Aile hekimliği eğitim veya pratiğinde KBB eğitimi almamış olmak” nedeni ile eksik hissedenlerin öz değerlendirme puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). “Aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB ile ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmamak” nedeni ile eksik hissedenlerin öz değerlendirme puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). “KBB ile ilgili aldığınız eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması” nedeni ile eksik hissedenlerin öz değerlendirme puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,002$). “KBB eğitimleri süresince pratik eğitime etkin olarak katılmamak” nedeni ile eksik hissedenlerin öz değerlendirme puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Aile Hekimlerinin KBB Hastalıklarını Tanımakta veya Yönetmekte Eksik Hissetme Nedenine Göre Öz Değerlendirme Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Eksik hissetme durumu	Var	83,7±10,4	83,0 (77,0-89,0)	0,319
	Yok	80,1±26,5	87,0 (83,0-93,0)	
Tıp fakültesinde yeterli süre ve etkin pratikle KBB eğitimi almamış olmak	Var	82,3±9,6	82,0 (76,0-88,0)	<0,001
	Yok	86,5±11,5	87,0 (80,0-93,0)	
Aile hekimliği eğitim veya pratiğinde KBB eğitimi almamış olmak	Var	82,0±10,0	81,0 (76,0-87,0)	<0,001
	Yok	86,4±10,6	87,0 (81,0-91,0)	
Aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB ile ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmamak	Var	80,311,0	78,0 (74,0-87,0)	<0,001
	Yok	84,4±10,1	84,0 (78,0-90,0)	
KBB ile ilgili aldığınız eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması	Var	81,9±9,2	81,0 (76,0-87,0)	0,002
	Yok	86,9±11,7	87,5 (80,0-92,0)	
KBB eğitimleri süresince pratik eğitime etkin olarak katılmamak	Var	82,2±11,0	81,0 (75,0-86,0)	<0,001
	Yok	84,4±10,1	84,0 (78,0-90,0)	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Yaşı 30 üzeri olanların KBB hastalıkları bilgi puanı yaşı 30 ve altı olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,016$). Cinsiyetler arasında KBB bilgi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,821$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Demografik Özelliklere Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Cinsiyet	Kadın	69,8±13,3	72,0 (60,0-80,0)	0,821
	Erkek	69,7±12,5	72,0 (60,0-80,0)	
Yaş	≤30	68,2±13,7	72,0 (56,0-80,0)	0,016
	>30	71,7±11,6	72,0 (64,0-80,0)	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Aile hekimliği tercihi birinci tercih olanların KBB hastalıkları bilgi puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Mezuniyet süresi ($p=0,052$) ve aile hekimi olma süresi ($p=0,197$) arasında KBB bilgi puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Aile Hekimlerinin Eğitim Süreleri ve Tercihlerine Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Mezuniyet süresi	≤10 yıl	68,9±13,7	72,0 (60,0-80,0)	0,052
	>10 yıl	72,4±10,1	72,0 (64,0-80,0)	
AH kaçınıcı yıl	≤5 yıl	69,2±13,4	72,0 (60,0-80,0)	0,197
	>5 yıl	71,4±11,3	72,0 (64,0-80,0)	
TUS'ta AH tercih sırası	Birinci tercih	73,9±11,0	76,0 (68,0-80,0)	<0,001
	Birinci tercih değil	67,6±13,4	68,0 (56,0-80,0)	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

İntörnken KBB stajınızda hasta takibi yapanların KBB bilgi puanı yapmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi alanların KBB bilgi puanı almayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Mezuniyet öncesi eğitimdeki KBB stajı haftası ($p=0,214$) ve birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünme durumu ($p=0,308$) arasında KBB bilgi puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Aile Hekimlerinin KBB ile İlgili Özelliklerine Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Mezuniyet öncesi eğitiminizde KBB stajı kaç haftaydı?	Yoktu	76,0±7,4	76,0 (72,0-80,0)	0,214*
	<2 hf	67,9±13,1	68,0 (56,0-80,0)	
	3-4 hf	70,0±13,0	72,0 (60,0-80,0)	
İntörnken KBB stajınızda hasta takibi yapma durumu	Evet	71,1±12,2	72,0 (64,0-80,0)	0,008**
	Hayır	67,0±14,0	68,0 (56,0-80,0)	
Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim veya seminerler sırasında KBB eğitimi alma durumu	Evet	76,7±8,5	76,0 (72,0-84,0)	<0,001**
	Hayır	67,7±13,3	68,0 (60,0-76,0)	
Birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünme durumu	Evet	69,7±12,7	72,0 (60,0-80,0)	0,308**
	Hayır	72,7±23,7	76,0 (72,0-88,0)	

*Kruskal Wallis analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

KBB hastalıklarını tanımakta veya yönetmekte eksik hissetme durumu arasında KBB bilgi puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,975$). “Tıp fakültesinde yeterli süre ve etkin pratikle KBB eğitimi almamış olmak” nedeni ile eksik hissedenlerin KBB bilgi puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). “Aile hekimliği eğitim veya pratiğinde KBB eğitimi almamış olmak” nedeni ile eksik hissedenlerin KBB bilgi puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). “Aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB ile ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmamak” nedeni ile eksik hissedenlerin KBB bilgi puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). “KBB ile ilgili aldığınız eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması” nedeni ile eksik hissedenlerin KBB bilgi puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,002$). “KBB eğitimleri süresince pratik eğitime etkin olarak katılmamak” nedeni ile eksik hissetme arasında KBB bilgi puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,237$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Aile Hekimlerinin KBB Hastalıklarını Tanımakta veya Yönetmekte Eksik Hissetme Nedenine Göre KBB Bilgi Puanının Karşılaştırılması

		Ort±SS	Ortanca (IQR)	p*
Eksik hissetme durumu	Var	69,8±12,9	72,0 (60,0-80,0)	0,975
	Yok	68,4±16,1	72,0 (68,0-76,0)	
Tıp fakültesinde yeterli süre ve etkin pratikle KBB eğitimi almamış olmak	Var	67,4±13,9	68,0 (56,0-80,0)	<0,001
	Yok	74,8±8,6	76,0 (68,0-80,0)	
Aile hekimliği eğitim veya pratiğinde KBB eğitimi almamış olmak	Var	66,1±13,6	68,0 (56,0-76,0)	<0,001
	Yok	75,8±8,8	76,0 (72,0-80,0)	
Aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB ile ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmamak	Var	64,0±14,9	64,0 (52,0-76,0)	<0,001
	Yok	71,1±12,0	72,0 (64,0-80,0)	
KBB ile ilgili aldığınız eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması	Var	67,4±13,1	68,0 (56,0-76,0)	<0,001
	Yok	74,3±11,1	76,0 (68,0-80,0)	
KBB eğitimleri süresince pratik eğitime etkin olarak katılmamak	Var	68,6±13,1	72,0 (60,0-80,0)	0,237
	Yok	70,4±12,8	72,0 (64,0-80,0)	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 4.13. Aile Hekimlerinin Öz Değerlendirme Sorularına Verdikleri Cevapların Yüzdelikleri

	Kesinlikle Evet(5) (Sayı/Oran)	Evet (4) (Sayı/Oran)	Bazen (3) (Sayı/Oran)	Hayır (2) (Sayı/Oran)	Kesinlikle Hayır (1) (Sayı/Oran)
KBB hastalıklarını tanımada zorlanmam?	23 (%6,3)	206 (%56,9)	115 (%31,7)	15 (%4,1)	3 (%0,8)
KBB hastalıklarını tedavi etmede zorlanmam.	13 (%3,6)	133 (%36,7)	193 (%53,3)	20 (%5,5)	3 (%0,8)
Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım almaya ihtiyaç duymam.	11 (%3,0)	93 (%25,7)	208 (%57,4)	45 (%12,4)	5 (%1,4)
KBB ile ilgili şikayeti olan hastaları kendim değerlendirmeden direkt KBB polikliniğine yönlendirmem.	153 (%42,3)	142 (%39,2)	25 (%6,9)	23 (%6,3)	19 (%5,2)
Otoskopu doğru bir şekilde kullanıp otoskopla tanınacak hastalıklara teşhis koyabilirim?	27 (%7,4)	204 (%56,3)	117 (%32,3)	12 (%3,3)	2 (%0,5)
Bakteriyel-viral üst solunum yolu enfeksiyonu ayırmasını yapıp tedavi planlayabilirim?	67 (%18,5)	256 (%70,7)	34 (%9,4)	3 (%0,8)	2 (%0,5)
Allerjik rinit tanısını koyabilir tedavi planlayabilirim?	45 (%12,4)	226 (%62,4)	80 (%22,1)	9 (%2,5)	2 (%0,5)
Akut rinosinüzit tanısını koyar hastalığı yönetebilirim?	46 (%12,7)	255 (%70,4)	53 (%14,6)	5 (%1,4)	3 (%0,8)
Otitis eksterna tanısını koyar tedavi planlayabilirim?	56 (%15,5)	261 (%72,1)	38 (%10,5)	5 (%1,4)	2 (%0,5)
Akut otitis media tanısını koyar tedavi planlayabilirim?	44 (%12,1)	217 (%59,9)	90 (%24,9)	8 (%2,2)	3 (%0,8)
Ani işitme kaybından şüphelenip KBB uzmanına hastayı yönlendirebilirim?	65 (%17,9)	171 (%47,2)	117 (%32,3)	7 (%1,9)	2 (%0,5)
Santral ve periferik vertigo ayırmasını yapabilir ve hastayı yönetebilirim?	19 (%5,2)	86 (%23,7)	172 (%47,5)	78 (%21,5)	7 (%1,9)
Vestibüler nörit hastalığıyla ilgili birinci basamak için yeterli bilgiye sahibim?	10 (%2,8)	26 (%7,2)	128 (%35,3)	166 (%45,8)	32 (%8,8)

Bening paroksizmal pozisyonel vertigo hastalığıyla ilgili birinci basamak için yeterli bilgiye sahibim?	19 (%5,2)	92 (%25,4)	161 (%44,5)	75 (%20,7)	15 (%4,1)
Tonsillofaranjit ile başvuran hastanın tanısını koyar tedavi planlayabilirim?	84 (%23,2)	255 (%70,4)	19 (%5,2)	2 (%0,5)	2 (%0,5)
Oral lezyonları tanıyabilir hastayı yönetebilirim?	40 (%11,0)	158 (%43,6)	150 (%41,4)	11 (%3,0)	3 (%0,8)
Larinks kanserinden şüphelenip hastayı yönlendirebilirim?	22 (%6,1)	82 (%22,6)	177 (%48,9)	76 (%21,0)	5 (%1,4)
Kabakulak hastalığının tanısını koyar tedavi planlayabilirim?	22 (%6,1)	201 (%55,5)	111 (%30,7)	25 (%6,9)	3 (%0,8)
Santral ve periferik fasiyal paralizi ayırımı yapar ve hastayı yönetebilirim?	26 (%7,2)	133 (%36,7)	158 (%43,6)	40 (%11,0)	5 (%1,4)
Nazofarinks kanserinden şüphelenip hastayı yönlendirebilirim?	13 (%3,6)	61 (%16,8)	178 (%49,2)	102 (%28,2)	8 (%2,2)
Otomikoz ile bakteriyel otitis eksterna ayırımı yapıp tedavisini planlayabilirim?	18 (%5,0)	169 (%46,7)	108 (%29,8)	57 (%15,7)	10 (%2,8)
İşitme kayıplarını sınıflandırabilir, Weber-Rinne testlerini yapıp yorumlayabilir ve hastayı yönlendirebilirim?	10 (%2,8)	31 (%8,6)	104 (%28,7)	183 (%50,5)	34 (%9,4)
Kulak zarı perforasyonunu tanıyabilir ve hastayı yönlendirebilirim?	33 (%9,1)	188 (%51,9)	116 (%32,0)	18 (%5,0)	7 (%1,9)
KBB hastalıklarında kullanılan ilaçlar hakkında birinci basamak düzeyinde yeterli bilgiye sahibim?	34 (%9,4)	122 (%33,7)	168 (%46,4)	34 (%9,4)	4 (%1,1)

Aile hekimlerinin öz değerlendirme sorularına verdikleri cevaplar incelenmiş, tüm sorulara genel olarak bakıldığında katılımcıların %42,3'ünün hastayı kendisi değerlendirmeden kesinlikle KBB uzmanına yönlendirmediği, %56,9'unun kendisini KBB hastalıklarını tanıma konusunda yeterli hissederken; %53,3'ünün tedavi etme konusunda kısmen yeterli hissettiği görülmüştür. Tedavi planı oluştururken katılımcıların %57,4'ünün bazen internet ve reçete kitaplarından yardım aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %56,3'ü otoskopu doğru kullanma konusunda kendini yeterli görmüş ve otoskop ile tanısı konulabilecek hastalıklardan otitis eksterna tanı ve tedavisinde %72,1'i, akut otitis media tanı ve tedavisinde %59,9'u, kulak zarı perforasyonu tanısı ve yönetimi konusunda %51,9'u kendini yeterli görmüştür. Birinci

basamakta sıklıkla karşılaşılan bakteriyel-viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının ayrımı ve tedavisi konusunda katılımcıların %70,7'si kendisini yeterli görmüştür. Bununla beraber katılımcıların alerjik rinit tanı ve tedavisinde %62,4'ü, akut rinosinüzit tanı ve tedavisinde %70,4'ü, tonsillofaranjit tanı ve tedavisinde %70,4'ü, kabakulak hastalığı tanı ve tedavisinde %55,5'i, otomikoz ve bakteriyel otitis eksterna ayrımını yaparak tedavi planlama konusunda %46,7'si kendisini yeterli görmüştür. Ani işitme kaybından şüphelenme ve yönlendirme konusunda hekimlerin %47,2'si, oral lezyonları tanıma ve yönlendirme konusunda %43,6'sı kendini yeterli görmüşken; santral ve periferik vertigo ayrımı ve yönlendirmesi konusunda %47,5'i, benign paroksizmal pozisyonel vertigo hastalığıyla ilgili birinci basamak için yeterli bilgiye sahip olma konusunda %44,5'i, larinks kanserinden şüphelenip hastayı yönlendirme konusunda %48,9'u, santral- periferik fasiyal paralizi ayrımını yapma ve hastayı yönlendirme konusunda %43,6'sı, nazofarinks kanserinden şüphelenip hastayı yönlendirme konusunda %49,2'si kendini kısmen yeterli görmüştür. Vestibüler nörit hastalığıyla ilgili birinci basamak için yeterli bilgiye sahip olma konusunda katılımcıların %45,8'i, işitme kayıplarını sınıflandırabilme, Weber-Rinne testlerini yapıp yorumlama ve hastayı yönlendirme konusunda %50,5'i kendini yetersiz görmüştür. Son olarak KBB hastalıklarında kullanılan ilaçlar hakkında birinci basamak düzeyinde yeterli bilgiye sahip olma konusunda hekimlerin %46,4'ü kendisini kısmen yeterli görmüştür. (Tablo 4.13)

Tablo 4.14. Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi Sorularına Verdikleri Cevapların Doğruluk Oranları

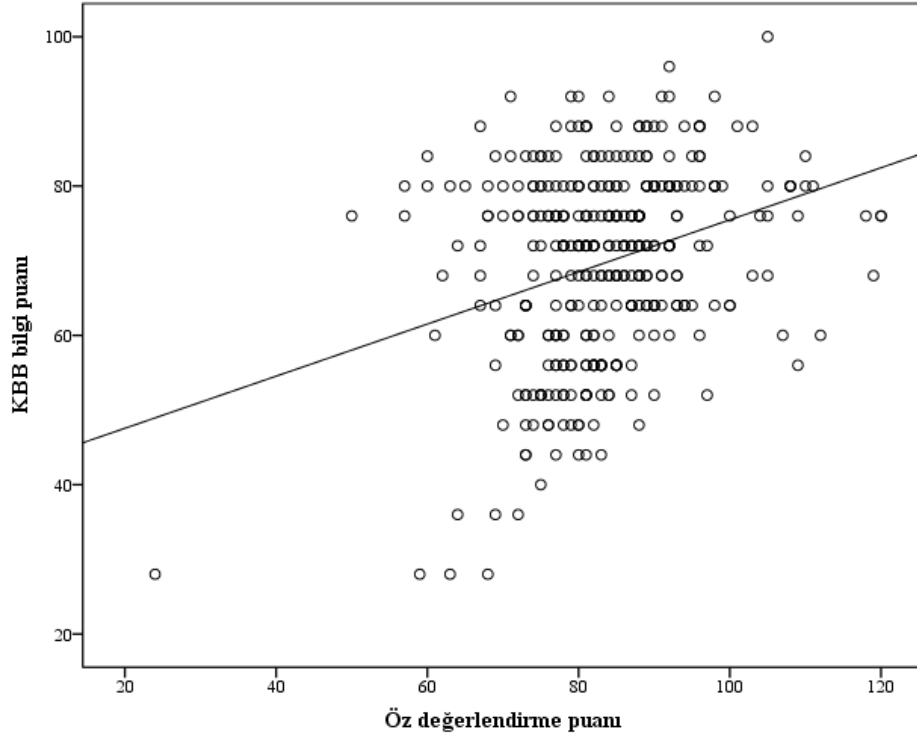
	Doğru Cevaplanma (Sayı/Oran)
1. 24 Yaşında erkek hasta sağ kulakta kaşıntı ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayene tragusu bastırmakla şiddetli ağrı ve otoskopik muayenede de dış kulak yolunda hassasiyetle birlikte ödem ve kızarıklık olan hastada olası ön tanınız nedir? (Doğru Yanıt: Otitis Eksterna)	282 (%77,9)
2. 12 Yaşında erkek hasta bir haftadır sol kulakta ağrı, işitmede azlık, ateş, iştahsızlık şikayetleriyle başvurdu. Hastanın otoskopik muayenesi şekilde görüldüğüne göre hastanın muhtemel tanısı nedir? (Doğru Yanıt: Akut Otitis Media)	298 (%82,3)
3. 10 yaşında hasta okulda öğretmenin farketmediği işitme azlığı nedeniyle başvurdu. Başka bir şikayeti olmayan hastanın otoskopik muayenesi şekilde görüldüğü gibidir. Bu hastada muhtemel tanınız nedir? (Doğru Yanıt: Efüzyonlu Otitis Media)	317 (%87,6)
4. 32 yaşında kadın hasta iki gündür yüzünde sol tarafta uyuşukluk dudak ve göz kapağı hareketlerinde kısıtlılık şikayetiyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesi şekilde görülmekte olup bu hastada muhtemel tanınız nedir? (Doğru Yanıt: Periferik Fasiyal Paralizi)	281 (%77,6)
5. 53 yaşında erkek hasta tek taraflı işitme kaybı ile başvurdu. Otoskopik muayenesi şekildeki gibi olan hastanın fizik muayenede boyunda lenfadenopatileri de mevcut bu hastada kaçırılmaması gereken en önemli ön tanı nedir? (Doğru Yanıt: Nazofarenks ca)	187 (%51,7)
6. 17 Yaşında bayan hasta boğazda ağrı ve yutkunma zorluğu, 38.5-39 °C ateş, halsizlik, kulak ağrısı, baş ve eklem ağrıları şikayetiyle başvurdu. Baş ve boyun muayenesinde hassas lenfadenopati saptandı. Orofarenks muayenesi şekildeki gibi olan hastanın olası ön tanısı nedir? (Doğru Yanıt: Bakteriyel Tonsillofarenjit)	353 (%97,5)
7. Aşağıdakilerden hangisindeki işitme kaybı diğerlerinden farklıdır? (Doğru Yanıt: Presbiakuzi)	193 (%53,3)
8. Bakteriyel tonsillofarenjit tanısı alan çocuk hasta tedavisiz kaldığında aşağıdakilerden hangisi görülecek sistemik komplikasyonlardan değildir? (Doğru Yanıt: Peritonsiller Abse)	147 (%40,6)
9. Aşağıdakilerden hangisi KBB acillerinden değildir? (Doğru Yanıt: Kulak Zarı Perforasyonu)	271 (%74,9)
10. Kriptik bakteriyel tonsillitle başvuran hastanın tedavisinde izlenmesi gereken yol nedir? (Doğru Yanıt: Antibiyotik tedavisi ve semptomatik tedavi vermek)	359 (%99,2)
11. Efüzyonlu otitis media tanısı düşünülen bir hastada yaklaşımınız nasıl olmalıdır? (Doğru Yanıt: Hastanın işitme ve otoskopik muayeneleri yapılarak üç ay düzenli takip edilir. Gerileme olmazsa tüp tatbiki ile sıvının boşaltılması için bir KBB uzmanına yönlendirilir)	216 (%59,7)

12. Aşağıdakilerden hangisi akut laringotrakeobronşit tanısında sıklıkla karşılaşılan semptom ve bulgulardan değildir? (Doğru Yanıt: 39-40 derece ateş)	92 (%25,4)
13. 4 Yaşında erkek hasta ateş ve solunum sıkıntısı, öksürük, halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde öne doğru oturur pozisyonda rahatladığı görüldü. Hastanın ayırıcı tanısında aşağıdakilerden hangisi düşünülür? (Doğru Yanıt: Akut epiglottit)	305 (%84,3)
14. Sol kulakta bir haftadır kaşıntı ve akıntı şikayetiyle başvuran hastanın dış kulak yolunda beyaz pamuk atığı şeklinde görünüm mevcut olup otoskopik muayenesi şeklindeki gibidir. Bu hastanın tedavisinde aşağıdakilerden hangisi planlanır? (Doğru Yanıt: Direkt KBB polikliniğine yönlendirilir. Önce dış kulak yolunun temizlenmesi gerekir)	57 (%15,7)
15. Aşağıdakilerden hangisi alerjik rinitli hastanın fizik muayene bulgularından değildir? (Doğru Yanıt: 38.5- 39 °C ateş)	353 (%97,5)
16. Nezle ve grip ayrımında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır? (Doğru Yanıt: Nezle yavaş, grip ani başlangıçlıdır)	118 (%32,6)
17. Alerjik rinitin medikal tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur? (Doğru Yanıt: Antibiyotikler)	358 (%98,9)
18. Nazal dekonjestanların 7-10 günden uzun süre kullanılmasına bağlı olarak hastada aşağıdakilerden hangisi gelişir? (Doğru Yanıt: Rinitis medikamentoza)	256 (%70,7)
19. Bir haftadır burun akıntısı, burun tıkanıklığı, geniz akıntısı, koku alamama, baş ve yüzde ağrı ve baskı hissi ile başvuran hastanın olası tanısı aşağıdakilerden hangisidir? (Doğru Yanıt: Akut rinosinüzit)	335 (%92,5)
20. Tek taraflı kötü kokulu burun akıntısı, burun tıkanıklığı, burun kanaması şikayetleri ile ailesi tarafından getirilen 3 yaşındaki hastada olası ön tanınız nedir? (Doğru Yanıt: Yabancı cisim)	300 (%82,9)
21. Akut rinozinüzit düşünülen bir hastada aşağıdakilerden hangisi hastayı acilen KBB uzmanına yönlendirmek için gerekli kriterlerden biri değildir? (Doğru Yanıt: 38.5 – 39 °C ateş)	307 (%84,8)
22. 46 Yaşında erkek hasta 24 saat önce gelişen tek taraflı işitme kaybı ile başvurdu. Aynı zamanda kulakta çınlama ve baş dönmesi olan hastanın anamnezinde belirgin bir bulgu saptanmamıştır. Otoskopik muayenesi şekilde görülen hastada olası tanınız nedir? (Doğru Yanıt: Ani (idiopatik) işitme kaybı)	79 (%21,8)
23. Aşağıdakilerden hangisi Centor kriterlerine göre viral tonsillofaranjit lehinedir? (Doğru Yanıt: Öksürük olması)	280 (%77,3)
24. Kabakulak hastalığı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır? (Doğru Yanıt: Tedavisinde antibiyotik kullanılması gerekir)	347 (%95,9)
25. 54 Yaşında erkek hasta dış kulak yolunda ağrılı veziküller, aynı tarafta göz kapağı hareketlerinde ve dudak hareketlerinde kısıtlılık ve işitme kaybı şikayetleriyle başvurdu. Hastada olası ön tanınız nedir? (Doğru Yanıt: Ramsay hunt sendromu)	221 (%61,6)

Aile hekimlerinin KBB hastalıkları konusunda bilgi düzeylerinin araştırıldığı son bölümde katılımcıların birinci basamakta sıklıkla karşılaşacağı KBB hastalıklarının tanısı ve hastaların yönetimine yönelik bilgi düzeyleri ortaya koyulmuştur. Otitis eksterna hastalığının tanısına yönelik soruda katılımcıların doğru cevaplama oranı %77,9, otitis eksterna ile sıklıkla karışan otomikoz hastalığının tanı ve tedavisinin sorgulandığı soruda doğru cevaplama oranı %15,7 olarak bulunmuştur. Akut otitis media hastalığının tanısı ile ilgili soruyu katılımcıların %82,3'ü doğru cevaplanmıştır. Efüzyonlu otitis eksternanın tanısını sorgulandığı üçüncü sorunun doğru cevaplanma oranı %87,6 iken; tedavisinin sorgulandığı soruda bu oranın %59,7 olduğu görülmüştür. Efüzyonlu otitis medianın belirti ve bulgularının eşlik ettiği ve ayırıcı tanı yapılması gereken nazofariks kanseri tanısının sorgulandığı soruda ise doğru cevaplanma oranı %51,7 olarak saptanmıştır. Periferik fasiyal paralizi tanısının sorgulandığı sorunun doğru cevaplanma oranı %77,6 iken; periferik fasiyal paralizi ile seyreden bir sendrom olan Ramsay Hunt sendromunun tanısının sorgulandığı soruya katılımcıların %61,6'sı doğru cevap vermiştir. Bakteriyel tonsillofaranjit tanısının sorgulandığı vaka sorusunun doğru cevaplanma oranı %97,5 ve tedavisinin sorulduğu soru %99,2 oranında doğru cevaplanmıştır. Bakteriyel tonsillofaranjitin komplikasyonlarının sorgulandığı sorunun doğru cevaplanma oranı %40,6, viral-bakteriyel tonsillofaranjit ayrımının sorulduğu sorunun doğru cevaplanma oranı %77,3 olarak saptanmıştır. Alerjik rinit hastalığının bulgularının sorgulandığı sorunun doğru cevaplanma oranının %97,5 ve tedavisine yönelik medikal ajanların sorgulandığı soruda doğru cevaplanma oranının %98,9 olduğu görülmüştür. Sıklıkla karşılaşılan viral üst solunum yolu enfeksiyonlarından olan nezle ve grip ayrımının sorgulandığı soruyu katılımcıların %32,6'sı, akut epiglottit tanısının sorgulandığı vaka sorusunu %84,3'ü, akut laringotrakeobronşit bulgularının sorgulandığı soruyu %25,4'ü doğru cevaplayabilmiştir. Akut rinosinüzit hastalığının tanısının sorgulandığı vaka sorusunun doğru cevaplanma oranı %92,5, akut rinosinüzitli hastanın yönetimiyle ilgili sorunun doğru cevaplanma oranı %84,8 olarak bulunmuştur. KBB acillerinin sorgulandığı sorunun doğru cevaplanma oranı %74,9 iken en önemli KBB acillerinden olan üst solunum yollarında yabancı cisimlerin tanısının sorgulandığı sorunun doğru cevaplanma oranı %82,9, diğer bir KBB acili olan ani işitme kaybının tanısının sorgulandığı vaka sorusu olan sorunun doğru cevaplanma oranı %21,8 olarak bulunmuştur. İşitme kayıplarının sınıflandırılması ile ilgili sorunun doğru cevaplanma oranı %53,3 olarak bulunmuştur. Kabakulak hastalığının tedavisine yönelik ajanların sorgulandığı soru %95,9 oranında doğru cevaplanmış ve son olarak nazal

dekonjestanların yanlış kullanımına bağlı komplikasyonların sorgulandığı soru %70,7 oranında doğru cevaplanmıştır. (Tablo 4.14)

Aile hekimlerinde öz değerlendirme puanı ile KBB bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür ($r=0,259$; $p<0,001$) (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. KBB bilgi puanı ile öz değerlendirme puanının korelasyonu

5. TARTIŞMA

Aile hekimi uzmanları, kulak burun boğaz hastalıkları tanı ve tedavisinde yararlanacakları bilgi ve becerileri mezuniyet öncesi KBB stajlarında ve aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecindeki KBB rotasyonlarında edinirler. Birinci basamakta en sık karşılaşılan hasta grubunu KBB hastalıkları ile ilgili şikayeti olan hastalar oluşturmaktadır (6,88). Bu nedenle aile hekimlerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde KBB hastalıkları önemli bir yere sahiptir.

Ülkemizde ve dünyada yapılan bazı çalışmalar; mezuniyet sonrası dönemde ve aile hekimliğinde KBB hastalıklarının ne kadar önemli bir yer tuttuğunu buna rağmen mezuniyet öncesi ve aile hekimliği uzmanlık süresince alınan KBB eğitimlerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Chin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran bireylerin %20'den fazlasını KBB hastalıkları ile ilgili şikayeti olan hastaların oluşturduğunu; bununla birlikte tıp fakültesi mezuniyet öncesi ve aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecinde yeterli KBB eğitiminin alınmadığını savunmuştur (89). Griffiths E. ve arkadaşlarının yaptıkları diğer bir çalışmada ise birinci basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran hastaların %7-25'ini KBB ile ilgili yakınmaları olan hastalar oluşturmaktadır (90). Ülkemizde ise farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda birinci basamağa en sık başvuru sebeplerinin KBB hastalıkları ile ilgili yakınmalar olduğu ve diğer branşlardan istenen konsültasyonlara bakıldığında KBB hastalıklarının ilk sırada yer aldığı görülmüştür (6). Keza çalışmamızda da aile hekimlerinin %98,3'ü birinci basamak hekimliği için KBB eğitiminin önemli olduğunu düşünmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin birinci basamakta sıklıkla karşılaşacakları KBB hastalıklarının tanısı ve bu hastaların yönetimi konusundaki bilgi düzeylerini ayrıca aile hekimlerinin mezuniyet öncesi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde aldıkları KBB eğitiminin ne derece yeterli olduğunu ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda sık görülen KBB hastalıklarının tanı ve tedavileriyle ilgili sorulardan oluşan bir anket hazırlanarak katılımcılara uygulanmıştır. Çalışmaya katılan 362 aile hekiminin yaş ve cinsiyet olarak dengeli dağılım gösterdiği görülmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının aile hekimliğini ilk tercih olarak yazan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve aile hekimi uzmanlarından oluştuğu görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen aile hekimlerinin mezuniyet sürelerine bakıldığında büyük çoğunluğunun on yıldan daha az süredir hekimlik yaptığı ve katılımcıların neredeyse üçte ikisinin aile hekimliğinin ilk beş yılı içinde olduğu saptanmıştır. Bu durum katılımcıların tıbbi bilgilerinin çok eski olmadığını göstermektedir. Hekimlerin mezuniyet öncesi KBB hastalıkları eğitim sürelerine bakıldığında büyük çoğunluğunun maksimum dört hafta KBB stajı yapmasına rağmen sadece üçte birinin eğitime aktif olarak katılabildiği görülmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin neredeyse tamamı KBB hastalıklarını tanıma ve yönetme noktasında kendini yetersiz hissetmiş ve katılımcıların %68'i bunun sebebinin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde yeterli süre ve etkinlikte KBB eğitimi almamak olduğunu ifade etmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da mezuniyet sonrası özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunda KBB hastalıkları önemli bir yere sahipken bu konuda tıp fakültelerindeki eğitimin, ihtiyacı karşılayamadığını ortaya koymuştur (91). İngiltere'de 357 pratisyen hekimin katılımıyla yapılan bir çalışmada da katılımcıların %75'i KBB lisans eğitimlerinin günlük hekimlik pratiğinde yetersiz kaldığını ifade etmiş, İngiltere dışında yapılan çalışmalarda da benzer durumun söz konusu olduğunu ve küresel anlamda KBB eğitiminin düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır (92).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alınması gereken zorunlu rotasyonlar arasında KBB hastalıkları yer almamaktadır (5). Ülkemizde ve dünyada yapılan bazı çalışmalar aile hekimliği uzmanlık eğitiminde KBB hastalıklarının önemini ortaya koymaktadır. Uzunur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %88,8'i birinci basamak uzmanlık eğitimi döneminde içinde KBB hastalıklarının da yer aldığı ek rotasyonlar koyulması gerektiğini ifade etmiştir (93). Kucheria ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada aile hekimlerine iki haftalık bir KBB eğitimi verilmiş eğitim öncesi ve sonrasında katılımcılara KBB hastalıklarının tanı ve tedavisine yönelik bir anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda eğitim sonrası hekimlerin KBB hastalıklarının yönetimine dair özgüvenlerinin anlamlı ölçüde arttığı saptanmıştır. Sonuç olarak birinci basamak hekimlerinin eğitim müfredatına KBB hastalıklarının eklenmesinin aile hekimlerini daha donanımlı hale getireceğini ve KBB polikliniklerindeki iş yükünü azaltacağını ortaya koymuştur (94). Dimitrov ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise hem mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitiminde hem de mezuniyet sonrası genel pratisyenlik eğitim sürecinde KBB hastalıkları eğitiminin yeterli olmadığı görülmüştür (95). Bizim çalışmamızda ise

mezuniyet sonrası aile hekimlerinin KBB eğitimi sorgulandığında hekimlerin sadece %22,4'ünün aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde KBB eğitimi aldığı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte KBB ile ilgili yakınmalarla başvuran hastaların yönetiminde kendini eksik hissedен katılımcıların %62'si sebep olarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde KBB eğitimi almamış olmak, %64'ü ise KBB ile ilgili alınan eğitimlerin üzerinden uzun zaman geçmiş olması şeklinde ifade etmiştir ve bu katılımcıların öz değerlendirme ve bilgi düzeyi puanları da anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Bununla birlikte mezuniyet sonrası uzmanlık eğitiminde ve hizmet içi seminerler sırasında KBB eğitimi almayan katılımcıların öz değerlendirme ve bilgi düzeyi puanları alanlara kıyasla anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur.

Diğer sosyodemografik veriler incelendiğinde cinsiyetler arasında öz değerlendirme puanları erkeklerde anlamlı ölçüde yüksek çıkmasına rağmen bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaş faktörüne bakıldığında 30 yaş üstü bireylerde hem öz değerlendirme hem de bilgi düzeyi puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum hekimlik pratiğinde tecrübe faktörünün de önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Bununla birlikte mezuniyet süresi 10 yılın üzerinde olan veya 5 yıldan fazla süredir aile hekimliği yapan hekimlerin öz değerlendirme ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim aile hekimliği pratiğinde çok fazla KBB hastalıklarıyla ilgili şikayeti olan hasta ile karşılaşmayan katılımcıların öz değerlendirme ve bilgi düzeyi puanlarının anlamlı ölçüde düşük olması da deneyimin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin öz değerlendirme sorularına verdikleri cevaplar ile bilgi düzeyi sorularını doğru cevaplama oranları karşılaştırıldığında genel anlamda pozitif korelasyon bulunmuştur. Öz değerlendirme bölümün ilk sorusu olan KBB hastalıklarını tanımada katılımcıların %56,9'u kendini yeterli görmüşken; sık görülen KBB hastalıklarının tanımlarının sorgulandığı vaka soruları incelenmiş katılımcıların ortalama %74.3'ünün, yine sık karşılaşılan KBB hastalıklarının belirti ve bulgularının sorgulandığı soruları hekimlerin %63.5'inin doğru cevapladığı görülmüştür. Bununla birlikte KBB hastalıkları ile ilgili şikayeti olan hastaların tedavisi ve yönetimi noktasında hekimlerin %36,7'si kendini yeterli, %53,3'ü kısmen yeterli görürken; sık görülen KBB hastalıklarına yönelik birinci basamaktaki tedavi yaklaşımlarının irdelendiği sorular incelendiğinde katılan hekimlerin ortalama %68,4'ü tüm sorulara doğru cevap verebilmiştir. Bununla beraber çalışmamıza katılan

hekimlerin çok büyük çoğunluğu hastaları değerlendirmeden KBB uzmanına yönlendirmeyeceğini ifade etmiştir. KBB hastalıklarının tanısında önemli bir yol gösterici olan otoskopik muayene noktasında katılımcıların yarısından fazlası kendisini yeterli görürken temelde otoskopik muayene bulgusu verilen ve tanısı sorgulanan vaka sorularının doğru cevaplanma oranının ortalama %60,9 olduğu saptanmıştır. Birinci basamakta sıklıkla karşılaşılan ve aile hekimliğinin çekirdek müfredatına göre bir aile hekiminin hastalığın tanı ve tedavisine ilişkin tüm sürecini yönetebilmesi ve hastalıktan korunmaya ilişkin gerekli önlemleri alabilmesi gereken KBB hastalıklarından olan bakteriyel-viral üst solunum yolu enfeksiyonları noktasında hekimlerimizin %70,7 gibi yüksek bir oranı kendini yeterli hissederken; bakteriyel-viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının tanı ve tedavisine ilişkin sorular incelenmiş ve otitler ve otomikoz sorularına verilen doğru cevapların ortalama %64,6; bakteriyel-viral tonsillofarenjitin tanısı, ayrımı, tedavisi ve komplikasyonlarına yönelik sorulara verilen doğru cevapların ortalaması %69,4 ; akut rinosinüzit hastalığının tanı ve tedavisiyle ilgili sorulara verilen doğru cevapları ortalaması %93,7; akut laringotrakeobronşit ve akut epiglottit hastalıklarının sorgulandığı sorulara verilen doğru cevapların ortalaması %54,9; kabakulak hastalığının tedavisi ile ilgili sorunun doğru cevaplama oranı %95,9 olarak hesaplanmıştır. Aile hekimliğinin çekirdek müfredatına göre tanı ve tedavisini aile hekimlerinin bilmesi gereken ve korumaya ilişkin önlemleri alması gereken hastalıklardan olan alerjik rinit hastalığında hekimlerin %62,4'ü kendini yeterli görmüşken; alerjik rinitin tanı ve tedavisine yönelik sorulara verilen doğru cevapların ortalaması %98,2 bulunmuştur. Birinci basamakta tanı düzeyinde bilinip yönlendirilmesi gereken fasiyal paralizilerin tanısı ve yönetimiyle ilgili hekimlerin %43,6'sı kendini kısmen yeterli hissederken hastalığın tanısı ilgili soruların doğru cevaplanma oranı %69,6 olarak saptanmıştır. İşitme kayıplarının sınıflandırılması konusunda hekimlerin %50,5'i kendisini yetersiz görmüş ve bu konudaki bilgi düzeyinin irdelendiği soruların doğru cevaplanma oranı %37,6 olmuştur. Tüm bu oranlar incelendiğinde katılımcıların öz değerlendirme ve bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu doğrulanmakla beraber; gerçekten de ciddi bir ilişki olduğu görülmektedir.

Ayrıca çalışmamızın tüm verileri incelendiğinde KBB hastalıkları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde yeterli eğitim alan hekimlerin öz değerlendirme puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmış ve bu hekimlerin bilgi

düzeylelerinin de daha yüksek olduğu görölmüşür. Bu durum eğitimin hekimlerin öz güvenini ve mesleki etkinliklerini arttırdığını açıkça ortaya koymaktadır. Bununla beraber tecrübe faktörü de hekimlerinin öz güvenini arttırmaktadır ve hekimlik tecrübesinin artmasında etkin bir pratik eğitimin verilmesi ciddi katkı sağlamaktadır.



6. SONUÇ

Sonuç olarak bizim çalışmamızdan ve yukarda değinilen farklı çalışmalardan elde edilen verilere göre KBB hastalıkları birinci basamakta tartışılmaz bir öneme sahiptir. Ülkemizde ve dünyada birinci basamak hekimlerinin bu konuda kendilerini yetersiz hissetmelerinin en önemli sebepleri gerek mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitiminde KBB hastalıklarına ilişkin eğitimlerin yeterli süre ve etkin bir pratikte olmaması; gerekse uzmanlık eğitimi ve hizmet içi seminerlerde KBB hastalıklarına gereken önemin verilmemesidir. Özellikle birinci basamakta daha etkin bir sağlık hizmetinin verilmesi ve ikinci ve üçüncü basamaklardaki hasta yoğunluğunun azaltılması açısından aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinin müfredatı, başvuran hasta popülasyonunun ilgili olduğu tıbbi branşlar ile uyumlu olacak şekilde düzenlenmelidir. Bu noktada hem mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitiminde KBB hastalıklarına daha fazla önem verilmesi hem de aile hekimliği uzmanlık eğitiminde KBB hastalıklarının zorunlu rotasyon haline getirilmesi ve daha etkin bir pratik eğitimin verilmesi ile üzerinde durulan eksikliklerin giderileceği açık bir şekilde görülmektedir. Ayrıca bu tez çalışması ile aile hekimliğinde KBB eğitiminin farkındalığının oluşturulması ve gerekliliğinin ortaya konması açısından güzel sonuçlar vermesi yanında aile hekimleri için KBB hastalıkları ve muayenesi ile ilgili kapsamlı ve yeterli bir teorik genel bilgi verilmiştir. Bu durumun da literatüre önemli bir katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz M, Mayda SA, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K, Genç H, Soydan SB, Sarı GA, Sevinçer S, Paksoy KF, Öztürk Ş, Palabıyık E, Toçoğlu H. Bir aile hekimliği merkezine başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012, 2: 7-13.
2. Karslıoğlu SZ. Aile hekimliği tanımı ve ilkeleri. https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17_02_15_b3e0d.ppt 30 Ocak 2023.
3. Özkaya NM. Türkiye’de aile hekimliği’nin tanımı ve tarihçesi. https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/aile_f77a3.pptx 30 Ocak 2023.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Ram P. Network organisation within WONCA region europe-the european definitions of the key features of the discipline and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002, 52: 526-7.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tukmos tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı. <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf> 30 Ocak 2023.
6. Porter M, Quillen D, Fe Agana D, Chacko L, Lynch K, Bielick L, Fu X, Yang Y, Carek PJ. Are patients frequently readmitted to the hospital different from the other admitted patients? *J Am Board Fam Med* 2019, 32:58-64.
7. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu aile hekimliği merkezi’nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? *The Medical Journal of Kocatepe* 2009, 10: 49-56.
8. Alimoğlu MK, Mamaklı S. Tıp fakültesi kurum hekimliğine ait altı aylık veriler. V. *Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı*, Adana, 2002: 421.
9. Göktaş O. T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Ertuğrul Gazi Aile Hekimliği Merkezi 2001 yılı çalışmaları ve hedefleri. V *Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı*, Adana, 2002: 218-24.
10. Koç C. *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi*, 3. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2019: 40.
11. <https://www.tipacilar.com/malleus/>

12. Midilli R. *Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Yayınevi, 2013: 39.
13. Babademez MA. Akut otit, <https://www.mehmetalibabademez.com/akut-otit/>
14. <https://www.burun-estetigi-rinoplasti.com/2019/02/alar-kollaps.html>
15. Çelik M. Kulak kiri (Buşon) nedir? <https://www.tkbbv.org.tr/menu/97/kulak-kiri-buson-nedir-dr-mustafa-celik> 31 Ocak 2023.
16. Topuz B. Kulak mantarı (Otomikoz) http://bulenttopuz.com/haber_detay.asp?haberID=35 1 Şubat 2023.
17. Basut O. Uludağ Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ders notları, <http://www20.uludag.edu.tr/~kbb/ders-diskulak-hastalik-enfeksiyoz.htm> 1 Şubat 2023.
18. <https://www.saglikocagim.net/ramsay-hunt-sendromu-nedir/>
19. Ketenci İ. Orta kulak hastalıkları ve otitis media. <https://www.slideshare.net/mbolmez/orta-kulakweb> 1 Şubat 2023.
20. Kesgin FB. Akut otitis media. https://www.ktu.edu.tr/~dosyalar/aile_d7820 1 Şubat 2023
21. Yıldırım SE. Minör aciller: Akut otitis Media, <https://acilci.net/minor-aciller-akut-otitis-media/> 2 Şubat 2023.
22. Oğuz H. Efüzyonlu otitis media, <https://www.doktortakvimi.com/blog/efuzyonlu-otitis-media> 2 Şubat 2023
23. Akyol U. Efüzyonlu otitis media. İçinde: Çelik O (Editör). *Otoloji ve Nöro-otoloji Cilt 1*, 1. Baskı. İstanbul, Elit Ofset, 2013: 199-214.
24. Çelik O. Akut süpüratif otitis media. İçinde: Çelik O (Editör). *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, Cilt 1*, 2. Baskı, İzmir, Asya Tıp Kitabevi, 2007: 154-71.
25. Özdoğan A. Kronik otitis media (Uzun süren kulak iltahabı), <http://www.ahmetozdogan.com.tr/kronik-otitis-media-muzmin-orta-kulak-iltihabi/> 3 Şubat 2023.
26. Karaca C. Otoskleroz nedir? <https://www.cihankaraca.com/otoskleroz-nedir/> 3 Şubat 2023.
27. Güneri EA. Akustik travma, <https://dralpinguneri.com/akustik-travma/> 3 Şubat 2023
28. Akyol H. Akustik travma nedir ve nasıl tedavi edilir? <https://metokondri.com/akustik-travma-nedir-ve-nasil-tedavi-edilir/> 4 Şubat 2023.
29. Küçüköner A. Vestibüler Sistem ve Test Yöntemleri, <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/asuman.kucukoner/134889/Vestib%C3%BCler%20Sistem%20ve%20Test%20Y%C3%B6ntemleri%201.%20hafta.pdf> 4 Şubat 2023

30. Kenar F. Nistagmus, <https://www.medicana.com.tr/saglik-rehberi-detay/12382/nistagmus> 4 Şubat 2023
31. Ozturk B, Gulec M, Deveci TN, Guler MT. Bening paroxysmal positional vertigo: pathophysiology, evaluation and diagnosis. *Turkish Journal of Audiology and Hearing Research* 2019, 2: 18-28.
32. Faruk Ö. Epley Manevrası, <https://www.acilcalisanlari.com/epley-manevrasi.html> 5 Şubat 2023
33. Shupak A, Doweck I, Greenberg E, Gordon CR, Spitzer O, Melamed Y, Meyer WS. Diving-related inner ear injuries. *Laryngoscope* 1991, 101: 173-9.
34. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008, 63: 8-160.
35. Yüksel H, Tuncer A. Allerjik Rinit Tanı ve Tedavi Rehberi 2012, <https://www.aid.org.tr/forms/rehberler/1-Allerjik%20Rinit%20Tani%20ve%20Tedavi%20Rehberi%202012.pdf> 5 Şubat 2023.
36. Sultész M, Katona G, Hirschberg A, Gálffy G. Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in primary schoolchildren in Budapest. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010, 74:503-509.
37. Simons FE, Simons KJ. Histamine and H1-antihistamines: celebrating a century of progress. *J Allergy Clin Immunol* 2011, 128:1139-50.
38. Origlieri C, Bielory L. Intranasal corticosteroids and allergic rhinoconjunctivitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008, 8:450-6.
39. Rodrigo GJ, Yañez A. The role of antileukotriene therapy in seasonal allergic rhinitis: a systematic review of randomized trials. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006, 96:779-86.
40. Philip G, Malmstrom K, Hampel FC, et al. Montelukast for treating seasonal allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial performed in the spring [published correction appears in Clin Exp Allergy. 2009 Oct;39(10):1622]. *Clin Exp Allergy* 2002, 32: 1020-8.
41. Graf P. Rhinitis medicamentosa: a review of causes and treatment. *Treat Respir Med* 2005, 4: 21-9.
42. Eraydın AU, Alerjik Ve Nonalerjik Rinitte Tanısal Testler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2010.

43. Settipane RA, Lieberman P. Update on nonallergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001, 86: 494-508.
44. Akyıldız N. Sinüzitler, <https://www.kbbbcder.org/menu/299/sinuzitler> 15 Şubat 2023
45. Anon, J. B., Jacobs, M. R., Poole, M. D., Ambrose, P. G., Benninger, M. S., Hadley, J. A., Craig, W. A., & Sinus And Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis [published correction appears in *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Jun;130(6):794-6]. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004, 130:1-45.
46. Ecevit MC. Akut rinosinüzit, rinosinüzit gelişimine zemin hazırlayan faktörler; 1. İnflamatuvar nedenler <https://docplayer.biz.tr/9920343-Akut-rinosinuzit-rinosinuzit-gelisimine-zemin-hazirlayan-faktorler-1-inflamatuvar-nedenler.html>
47. Tonsillofarenjit Tanı ve Tedavi Algoritması <https://www.kbb.org.tr/belge-indir/5Mi8j>
48. Akşit S. Farenjit, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Farenjit> 15 Şubat 2023
49. <https://www.acilcalisanlari.com/akut-tonsillofarenjit.html>
50. Erişen L. Enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıklar, <http://kbb.uludag.edu.tr/oralkavite-hastalik-enfeksiyon.htm> 15 Şubat 2023
51. Aslaner H, Mıstık S, Zararsız GE, Kılıç H, Benli NÇ. Evaluation of the Use of the Mistik Score and Modified Centor Score in Sore Throat. *Konuralp Medical Journal* 2021, 13): 122-9.
52. Mistik S, Gokahmetoglu S, Balci E, Onuk FA. Sore throat in primary care project: a clinical score to diagnose viral sore throat. *Fam Pract* 2015, 32:263-8.
53. Guilleminault C, Stoohs R. Chronic snoring and obstructive sleep apnea syndrome in children. *Lung* 1990, 168: 912-919.
54. Bhattacharyya I, Chehal HK. White lesions. *Otolaryngol Clin North Am* 2011, 44: 109-vi.
55. Huber MA. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010, 28 :262-8.
56. Açık B. Linea Alba İle Ağız Alışkanlıkları Arasındaki Bağntı. İstanbul Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Protetik Dış Tedavisi Anabilim Dalı. Bitirme Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2022.
57. Touria B, Elmazghi A, Masbah O, Hassouni K. Cribriform Adenocarcinoma Salivary Gland-Type of the Nasopharynx: Case Report and Review of the Literature. *Open Journal of Pathology* 2014, 4: 79-82.

58. Keser G, Öztürk M, Pekiner FN. Assessment of Awareness and Knowledge of Oral Cancer Among Tobacco-Using Dental Patients. *Clinical and Experimental Health Sciences* 2021, 11: 279-84.
59. Giannini PJ, Shetty KV. Diagnosis and management of oral candidiasis. *Otolaryngol Clin North Am* 2011, 44: 231-vii.
60. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgraduate Medical Journal* 2002, 78: 455-9
61. Laudenbach JM, Epstein JB. Treatment strategies for oropharyngeal candidiasis. *Expert Opin Pharmacother* 2009, 10:1413-21.
62. <https://en.wikipedia.org/wiki/Candidiasis>
63. Freitas MD, Blanco-Carrión A, Gándara-Vila P, Antúnez-López J, García-García A, Gándara Rey JM. Clinicopathologic aspects of oral leukoplakia in smokers and nonsmokers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006, 102:199-203.
64. Dürer T. Ağiz kanserleri, <https://www.tijendurer.com/agiz-kanserleri> 15 Şubat 2023
65. Parashar P. Oral lichen planus. *Otolaryngol Clin North Am* 2011, 44: 89-vi.
66. Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Lichenoid dysplasia: a distinct histopathologic entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985, 60: 308-315.
67. N. Burkhart. Oral Lichen Planus, <https://www.aaom.com/oral-lichen-planus> 16 Şubat 2023
68. Durmus M, Karapinar U, Bayram Y, Yildirim S. Lingual hemanjioma: Olgu sunumu. *Gazi Medical Journal* 2013, 24: 58-60.
69. Chattopadhyay A, Shetty KV. Recurrent aphthous stomatitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2011, 44: 79-v.
70. Cumbul E. Rekürrent Aftöz Stomatitis, <https://eczacininsesi.com/dosya-detay.php?id=911> 16 Şubat 2023
71. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatol* 2004, 4 :16.
72. M Rathee, A Hooda, A Kumar. Fissured Tongue: A Case Report and Review of Literature. *The Internet Journal of Nutrition and Wellness* 2009, 10: 1.
73. Ishibashi M, Tojo G, Watanabe M, Tamabuchi T, Masu T, Aiba S. Geographic tongue treated with topical tacrolimus. *J Dermatol Case Rep* 2010, 4 :57-9.
74. Kobayashi K, Takei Y, Sawada M, Ishizaki S, Ito H, Tanaka M. Dermoscopic features of a black hairy tongue in 2 japanese patients. *Dermatol Res Pract* 2010, 2010:145878.
75. Çiçek M. Rekürrent Aftöz Stomatitis, <https://www.hurriyet.com.tr/aile/killi-dil-neden-olur-425194> 17 Şubat 2023

76. <https://www.tesvikiyekbb.com/atrofik-glossit/>
77. Stewart BW, Kleihues P. *World cancer report*. Lyon, IARC Press, 2003: 351.
78. Argiris A, Eng C. Epidemiology, staging, and screening of head and neck cancer. *Cancer Treat Res* 2003, 114:15-60.
79. Midilli R, Akyildiz S, Yavuzer A, Aydemir B, Ögüt F. Oral Kanserli 231 Hastanın Epidemiyolojik Özelliklerinin Retrospektif Analizi. [Internet]. Available from: www.kbb-forum.net 2005, 4: 4-7.
80. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, Zhen WK, Trask DK, Hoffman HT. Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base report. *Head Neck* 2002, 24: 165-180.
81. Marks JE, Breaux S, Smith PG, Thawley SE, Spector GG, Sessions DG. The need for elective irradiation of occult lymphatic metastases from cancers of the larynx and pyriform sinus. *Head Neck Surg* 1985, 8: 3-8.
82. Chu DW, Chow TL, Lim BH, Kwok SP. Endoscopic management of submandibular sialolithiasis. *Surg Endosc* 2003, 17: 876-9.
83. Witt RL. *Salivary Gland Diseases Surgical and Medical Management*. New York, Thieme Medical Publishers, 2011: 120-5.
84. Huoh KC, Eisele DW. Etiologic factors in sialolithiasis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011, 145: 935-9.
85. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikliev V, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005, 25: 145-9.
86. Thompson L. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. *Ear Nose Throat J* 2006, 85:74.
87. Yalçın Ö, Doğukan FM, Kabukçuoğlu F. Mucoccele of the parotid gland: A case report. *Maltepe Medical Journal* 2016, 8: 1-2.
88. Hu A, Sardesai MG, Meyer TK. A need for otolaryngology education among primary care providers. *Med Educ Online* 2012, 17: 17350.
89. Chin RY, Tjahjono R, Rutledge MJR, Lambert T, Deboever N. The evaluation of e-learning resources as an adjunct to otolaryngology teaching: a pilot study. *BMC Med Educ* 2019, 19: 181.
90. Griffiths E. Incidence of ENT problems in general practice. *J R Soc Med* 1979, 72: 740-2.
91. Fung K. Otolaryngology--head and neck surgery in undergraduate medical education: advances and innovations. *Laryngoscope* 2015, 125: S1-S14.

92. Acharya V, Haywood M, Kokkinos N, Raithatha A, Francis S, Sharma R. Does focused and dedicated teaching improve the confidence of GP trainees to diagnose and manage common acute ENT pathologies in primary care?. *Adv Med Educ Pract* 2018, 9:335-343.
93. Uzuner A, Topsever P, Unluoglu I, Caylan A, Dagdeviren N, Uncu Y, Mazicioglu M, Ozcakir A, Ozdemir H, Ersoy F. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Med Educ* 2010, 10:29.
94. Kucheria A, Bastianpillai J, Khan S, Acharya V. An Induction Programme Used to Improve Confidence General Practitioner Trainees in Managing Hospital Ear, Nose and Throat Emergency Presentations. *Adv Med Educ Pract* 2021, 12: 1285-1291.
95. Dimitrov L, Unadkat S, Khanna A, Rennie C, Saleh H. ENT training amongst general practitioners: results from a questionnaire [published online ahead of print, 2020 Feb 14]. *J Laryngol Otol* 2020: 1-7.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı

