

T. C.
İŞİLİ ÇOCUK HASTANESİ
KULAK-BURUN-BÖĞÜZ-AĞIZ VE GENİTAL
CİRURJİSİ KLİNİĞİ
Şef. Dr. SİHAHİTİN MAKTAV

ORTA KULAK GRANULASYON VE POLİPLERİNİN
HISTOPATOLOJİK YAPISI VE KLİNİK DEĞERİ

0036498

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0036498
Tasnif No.	617.84
	ALT

1966

Dr. Orhan Altınay
1966

Ö N S Ö Z

Hastanemizin daha çok çocuk hastanesi karakterinde oluşu ve ayrıca müretteat edenlerin büyük bir kısmının, Balgık Tarlası, Murriyet mahallesi, Bağlayan, Kuştepe, Çeliktape, Oltape, Kasımpaşa gibi gerek maddi mahrumiyete ve dolayısıyla en az hijyenik şartlara sahip ve gerekse sağlık mevzuunda asgari malûmata dahi sahip olmayan kentlerden gelmesi dolayısıyla çocuk otitlerinin akut ve bilhassa kronik şekillerini ve bunların her türlü komplikasyonlarını kliniğimizde müşahade etmek, gerekli müdahaleleri yapmak ve seyirini takip edebilmek iktidarı bulduk.

Kronikleşen otitlerin muhtemel ve mukadder akıbetlerinden sayılması gereken granülasyon, polip ve kolesteatomların, işitme fonksiyonları bakımından tevliit ettikleri tarribat yanında, muşle getirdikleri intrakranien komplikasyonların önemi de meydandadır.

Bu çalışmada, kronik olan ve en sık görülen araz ve komplikasyonlardan birini teşkil eden orta kulak granülasyon ve poliplerinin lokalizasyonlarına göre muşle getirdikleri klinik semptomatoloji ve kısaca etiopatogenes ve histolojileri, eldeki materyal ve literatür malûmatı muvacehesinde incelenmiştir.

Cerrahi müdahaleler esnasında intrakranien komplikasyonlara, dah ziyade staz tevliit eden granülasyon ve poliplerin sebep olduğu, staz olmadık takdirde ise, müretaj neticesi dura ve sinüsün açık olduğu tesbit olunmadıkça, âdetâ bir midarne reaksiyonu gibi, granülasyon necosinin bir nevi demarkasyon hattı teşkil etmek şeklinde koruyucu rolleri müşahade olummuştur.

Tezin hazırlanmasında, müdahale edilmiş her vak'adan, hocamızın titiz ve yerinde işrarları ile elde edilmiş ve hastanemiz patoloji laboratuvarınca hazırlanarak etüdü yapılmış preparatlardan istifade etmek ve böylelikle teorik olarak okunan histolojik yapıyı, müşahhas olarak müşahade etmek imkânı hâsıl olmuştur.

Üç yıl gibi kısa adanabilececek bir müddet içerisinde beni bulduğum noktaya getirmek zahmetini sabırla ihtiyar eden, teorik ve pratik tıbbi malûmat kadar, klinik idaresi hususunda da yetişmeyi temin eden, tez mevzuuma dikkatimi çekip materyalin temininde gayretini esirgeyen kıymetli ve muhterem hocam Sayın Dr. Ziyaettin Haktav'a, teşekkürlerimi ve himmetlerimi arzettiği bir borç bilirim.

Asistanlık müddetimin yarısını birlikte geçirerek mahariyetine nail olduğum, hazakatından istifade imkânını bulduğum, hâlen Haydarpasa Hüsnüye Hastanesi K.B.B. Kliniği Şefi Sayın Dr. Tugyan Atatürk'e teşekkürlerimi arz ederim.

Klinik Baş Asistanlarımız Sayın Dr. Münavver Sandalcı ve Sayın Dr. Yılmaz Atay'dan da, görevlikleri zahmetlere pek küçük bir mukabele olan teşekkürlerimin kabûlünü istiyorum ederim.

Gönderilen her ameliyat materyalinin histopatolojik preparatlarından birini kliniğimize hediye etmiş olmakla bu tezin hazırlanmasına bilvasıta ve iki histopatolojik preparatın mikrofotografını çekip tabederek doğrudan yardımcı dokunan hastanemiz kıymetli patoloğu Sayın Dr. Fatih Ali Yücel'e bu vesile ile teşekkürlerimi arz ederim.

Orta kulak polipleri, orta kulak cidarından, tube üstaki ve kemikcikleri ve pnevmatik boşlukları örten mukozadan menşe alırlar. Toplu iğne başından, bütün dış kulak yolunu tıkiyacak büyüklüğe kadar değişen büyüklükler gösterirler, tek veya müteaddit olabilirler, ileri derecede yumşak veya oldukça sert olabildikleri gibi, kirazı, soluk renkli, lobullü dute benzer şekilde görülebilirler.

Supuratif otitis mediada polip teşekkülünde, umumiyetle kronikleşmeye gidişi gösterdiği kabul edilir. Polipli bir vak'ada kendiliğinden iyileşme beklenemez. Ancak bu kanaat, çocuk otitlerinde aynı değerde değildir. Fakat burada hemen, kâhıl akut supuratif proseslerinde de polip teşekkülüne rastlanılabileceğini zikretmek icap eder. Granulasyon poliplerinin mevcudiyeti hâlinde, kemik doku supurasyonuna delâlet ettiği şüden beri kabul edilir.

Ameliyat endikasyonu hastalığın safhalarına göre değişebilir. Sessiz bir supurasyon, bir müddet için dahi iyileşmeğe temâyül ve akut necre nâilleri, yapılması lâzım gelen müdahalenin nev'ini tâyin eder. Dolayısıyla kulak poliplerinin incelenmesi, kemik supurasyonunun farklı safhalarını bize gösterebilir. İyi bir muayene ile, polibin çıkarılması esnasında kemik supurasyonunun derecesini tetkik edebilmek için klinisyene mümkün bir fırsat hazırlanmış olur. Burada, akut bir necre esnasında polip çıkarmanın, latent bir intrakranien komplikasyonun manifest bir nâile geçmesine yol açabileceğini daima hatırlamak icap eder. Dolayısıyla bir kulak polibine müdahale etmeğe karar veren hekimin, her türlü muhtemel komplikasyon

yenile mücadele etmeye hazır ve muktedir olması lâzımdır.

Hâlinde, mukoz polipleri ve granülasyon polipleri olmak üzere iki grup polip tanımlanmaktadır. Öteden beri, granülasyon, fibroma, mikroma ve gęiğ şekillerinin bu şekilde mi bağladıkları veya sadece mukoz poliplerinin transformasyon şekilleri mi oldukları şüpheli konusunu teğkil etmiştir.

Poliplerin iltihabi orijinali oldukları umumiyetle kabul edilir. Mütadit yeni teşekkül etmiş kan damarlarını ihtiva eden fibröz bir stroma arasındaki polimorf lökositler, plazma, mast ve dev hücreleri karışımından ibâret bir yapıdadır. Satalı umumiyetle yassa epitelden ibârettir. Yeni teşekkül etmiş poliplerde, elastik dokunun nisbeten az olduğu, buna mukabil fibröz bir şebeke arasında bol miktarla hiyalinli homojen bir stromanın bulunduğu ve hücrevi yapının da sabul yuvarlak hücreler yanında seyrek küziform hücrelerden ibâret olduğu taraf edilmiştir. Bu tip poliplerin satalı rı ekseriya ülseredir veya yassa, veya silindirik epitel ile örtülmüş olup, bu epitel ekseriya stromada glandüler girintiler nâsil eder, makikatte ise stromada gland nadiren görülür.

Mukoz polipleri, orta kulagi örten epitel tabakasının kıvrımlarından teşekkül ederler. Polip içerisinde ileri derecede silindirik olan ve bir çok goblet hücrelerini ihtiva eden epitel tabakası tili kıvrımlar teşkil ederler. Kesit yapıldığında yerine göre bu kıvrımların, esas menşeleri ile alakası tesbit edilemeyip, bir gland formasyonu gösterecekları şüphelidir. Bu zikredilenler, Wittmaack tarafından polip teşekkülü için ortaya atılan

nazariyenin ana hatlarını teşkil etmektedir. Diğer bir görüşe göre, çocuk otitlerinde bulaşla gelen eksüdanın organize olarak, kan damarları civarını takiben epitel tabakasının altında bir granülasyon tıkaçı yapabileceği bilinmektedir. Bu organize eksüda büyüdükçe bir polip sanzarası alabilir. Böyle bir mekanizma ile teşekkül eden polipler, alkali oldukları bölgenin epitel tabakasının cinsine göre farklı epitel ihtiva ederler. Aynı şekilde bağ dokuları da farklı yapıdadır. Bazen içlerinde kistlerde görülebilir. Wittmaack'a göre, birinci gruptaki polipler, üstüden üstaki borusu ve civarının enflamasyonlarından menşee alırken, ikinci gruptakiler altıkusun koilesteatomlu altınaplarında bulunup, granülasyon dokusundan ibârettirler ve epitel örtülüşünü ihtiva etmezler. Böyle bir polibin tesbit edilmesi, hemen daima kemik nekrozuna delâlet eder. Böyle vak'alarda nekrotik kemik dokusu çıkarıldığında polip kendiliğinden bütülebilir veya bütülmekle beraber skuamöz bir epitel tabakası ile örtülerek, granülasyon polibi ile mukoz polibi arasında tefriki tegnis yapılamıyacak bir hâle gelebilir.

Granülasyon polipleri, mukozanın subepitelyal tabakasından menşee aldıklarından dolayı, başlangıçta epitel ile örtülü değildirler. Fakat yukarıda da zikredildiği gibi, hastalığın seyri esnasında sekonder olarak örtülebilirler. Her iki tip polipse, hastalığın gidişi esnasında, otitisin safhalarına, kostik maddelerle yapılan mekanın irritasyonların süresine, tazyik ve akıntıya ve polip içerisindeki artikulasyondaki değişikliklere göre muhtelif tegayyülatlar gösterebilirler.

Bu saydığımız, şekil, yapı ve büyüklükteki değişimleri tevhit

edebilecek intisaller, eski patolojistlerin aynı dokudan menşe alan poliplerin neden histolojik olarak, fibroma, mikzoma, angioma gibi çeşitli şekillerde tahrif ettiklerini izama kâfi gelir.

Bâzi araştıracılar, kulak poliplerini, nâvı oldukları plazma hücrelerine göre de tasnif etmeğe çalışmışlardır. Bazılarına göre polip ve granülasyonların menşei ekseriya bir kemik hastalığı teşkil edebileceğinden histolojik muayenede fibroma veya fibro-mikzoma karakteristiklerinin tesbi edilmesi kötü bir prognozu göstermektedir. Namafin, kan damarından fakir, elastik dokudan zengin, yasal veya silendirik stratifiye epitel ile örtüldü, kompakt dokulu ve hakiki tümör formasyonunu taklit eden bu tip polipler çoğundur.

Şu halde, hâlihazır modern bilgilere göre, poliplerin struktürlere göre tasniflerini yapmak icap ederse, granülasyon polipleri, bag dokusu polipleri, akut necrotik granülasyon polipleri ve lenfatik polipler diye gruplandırarak mülâkûftür. Buna göre:

1- Granülasyon polipleri muhtasıran keratinize örtüclü epitel tabakası ile örtülmüş olabilirler. Namafin ekseriya polibin altında, farklı tiplerde epitel vardır. Her farklı epitel diğerinden keskin bir sınırla ayrılır. Yüksek silendirik, kubik, değişik ve skuamöz epitel. Eğer epitel ekseriya olduğu gibi skuamöz epitel ise, kriptlerin ağzında nihayetlenir. Çukurluk duvarları silendirik epitel ile örtülmüştür. Bu çukurluklar ekseriya derinlikler ve bazı kere kesitlerde gland veya kist gibi teşekküller meydana getirirler. Bu kistler iplik gibi uzayan bir ıfraz ile dolu olabilirler. B

matve bazen epitelin yassılaştırılmasına ve kistlerin dilatasyonuna sebep olur. Bütün epitel lökositler, bilhassa polimorfikler tarafından istilâ olunmuştur. Mesafin bu lökositler ekseriya silindirik epitel altında toplanır ve çukur yerlerde beze benzer toğukmiller ve kistler meydana getirirler.

2- Bağ dokulu polip: Bu polipler az veya çok sıkı bir bağ dokusundan yapılmışlardır. Bir çok kan ve lenf damarlarını ihtiva ederler ki bazen bir anjioma veya fibroanjiomayı andırırlar. Damarların bazılarında hatta kapaklar (valve) müşahade olunur. Damarların etrafında daima hücre birikmesi vardır. Bu hücreler başlıca mononükleer lökositlerdir. Biraz da polimorf lökositler, fibroblastlar, histiositler - ki ekseriya kan pigmenti ile yüklüdürler- ve fibrositlerdir.

Bu poliplerin büyük kesretli skuamöz epitel ile örtülüdür ki bu epitel andotele benzer. Skuamöz epitel nekroze ise, bu sahada pek çok parçalanmış lökosit ve bakteri ihtiva eder. Gene bu sahada dilate olmuş bir çok damarlar ve nekrotik sasma etrafında kanamalar vardır. Epitel tabakasının harabiyetine sebep olan mikrop, polipe en çok orta kulaktan değil necradan dünümler eder.

3- Akut nekrotik eski granülasyon polipleri: Diğerlerinden farkı bazen dev hücreleri ihtiva etmeleridir. Sıkca eski ve yeni kanamaları müştevidirler. Bu polipler ekseriya epitel ihtiva etmezler veya nekrotik skuamöz epitelleri vardır ki mezul lökositler tarafından infiltre olmuştur. Bakteri ihtiva ederler. Lökositler satırlarda hakiki apseleri düşündürecek

kadar birikirler ve dış kulak yolunda bir ifrazat sebep olurlar.

4- Lenfatik polip: Bunlar yukarıda sayılanlardan tamamen farklıdır. Hücre muntevaları az, buna mukabil ödemasiye bağ dokusu fazla olup burun poliplerini taklit ederler. Polipin dokusu tamamen lenfatik hücrelerle enfiitredir. Bundan dolayıcıkı lenfatik polipler ismi verilmiştir. Bu tarif edilen dokuya benzer yapılar, normalde sâdece üstaki borusu ve hipotimpanumda bulunduğundan, bu poliplerin de orta kulagın bu kısımlarından menş'e aldıkları tahmin olunmaktadır. Lenfatik polipler, tek başlarına, bir mukozal supürasyonuna delalet ettiklerinden bir cerrahi müdahale endikasyonu delili teşkil etmezler ve şua tedavisine son derece hassastırlar.

Kliniğimizde müdahale edilmiş olan vak'aların hemen hepsinde alınan materyalin anatomo-patolojik tetkikini yaptırarak usûl ittinaz edilmiştir. Aşağıda fotokopisi gösterilen preparat (Şekil 1.) 4 yaşında ve üç aydan beri solda kulak akıntısı ve bir haftadır da paralizisi periferik feşialden şikâyet ile müracaat eden bir çocuktan alınmıştır ki polip mecrayı tamamen tıkanmakta idi.



Şekil I. (80/65)

Hastanemiz patolojik anatomi laboratuvarında yapılan histolojik tetkike göre preparatta parakeratotik çok katlı örtücü yassı epitel tabakasının çevirdiği gevşek bağ dokusundan yapılmış bir granülasyon nescinin içerisinde lenfosit ve plazma hücrelerinden zengin bir iltihabi enfiltrasyonu mevcudiyeti ve örtücü epitel bazı sahalarında glob kerneler teşkil ettiği bildirilmiştir. Anatomo-patolojik teğnis: İltihabi granülasyon dokusu ve polipdir.

Klinikte kulak poliplerinin en sık rastlanan şeklini, esas mevzuumuz olan benign aural polipler teşkil etmekle beraber, dış kulak yolunda rastlanan ve kronik supuratif otitis media ile birlikte seyreden tümöral teşekküllerin histolojik muayenesinde, başka sebeplere bağlı polip formasyonları da tesbit edilebilir. Bunlar arasında karsinoma, ksantomatozis, koalestantomlar, tuberkulozis, sifiliz zikredilebilir.

Yukarıda usulî hatlarla verilmesine çalışılan, orta kulak benign poliplerinin, usuliyetle kronik supuratif otitis medianın bir refakat teza hürdü olduğu veya mevcudiyetinin tesbiti hâlinde, kronik otitis media teşhisi konulmasına sebep olacağı bildirilmiştir. Kronik supuratif otitis media mühtelif müelliflerce ayrı açılardan tasnif edilmiştir. Burada zikredeceğimiz Mayo Kliniği tasnifine göre, patolojik bulguların tipi ve derecesi nazara alınarak, dört grup teşvik olmuştur.

1- Tupa ve zarıdaki perforasyon yerinden drene olan, muköz bir ifrazat varlığı ile karakterize bir orta kulak iltihabıdır. Perforasyon büyük veya küçüktür ve mühtelif lokalizasyondadır; fakat Simonson'a göre genellikle ön-alt kadrindedir. Kokusuz akıntı aralıklı veya devamlı olabilir.

Akıntının artması veya tıkanması, genellikle, üst nefes yollarının bir enfeksiyonunu takip eder.

2- Bu grup, promontoryundan, annulus timpanikundan ve attıktan menşe alan ve kronik supratif otitis media için karakteristik olan granülasyon ve polip gibi bulgular dışında I. gruptaki bulguları da aktif eder. Mukoid veya muko-purulan bir akıntı mevcuttur, sıkça tene kokuludur. Lokal tedavi ile gılla tedavi olunabilir.

3- Bu grup, patolojik bulguların attıktan bulunduğu vak'alarından ibârettir. Zardaki perforasyon geneli olarak para klavikula veya nekrotik üst duvarından, annulus timpanikustadır. Purulan ve fetit bir akıntı ile granülasyon nesnel olarak beraber bulunmaktadır. İşitme kaybı yukarıda arz edilen iki gruptan daha şâzıdır.

4- Kolesteatoma delilleri ile müterakı vak'alaradır. Devamlı, genellikle az miktarda, fetit purulan bir akıntı mevcuttur. Sıkça granülasyon ve polipleri mütevidir.

Kronik otitis media, genellikle akut otitis mediaı takip eder ve hemen, hemen bütün vak'alarda, anstoiditis ile nihayetlenir. Akut otitis mediaın inşâf edilmesi, mukavemetin düşüklüğü ve bunu tevlit eden başka hastalıkların mevcudiyeti, büyük ve enfekte adenoidler gibi sebepler, kronikleşmeye teşâyülü artırır.

Bu sebeplerle akut otitis mediaın etiolojisine göz atmak faydalıdır. En çok izole edilen mikroplar, streptococcus hemolyticus, str. viridans, pneumococcus ve staphylococcus'lerdir. Streptokoklar en virulan olanlarıdır.

Gerek kemik ve gerekse yumuşak dokularda tahricata sebep olurlar. Beta tip streptococcus hemolyticus en sık tesadüf olunanıdır 0/090.

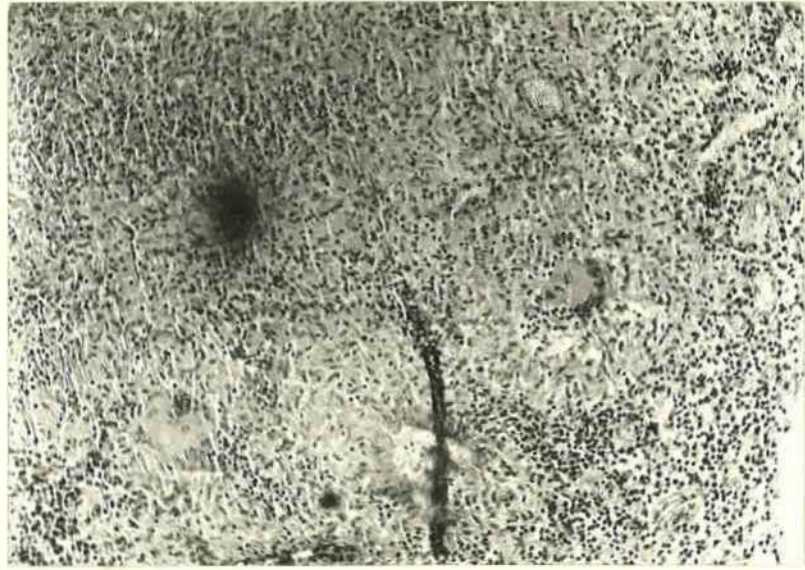
Streptococcus mucosus (pneumococcus tip III.), en şiddetli ve tahripkâr otite sebep olur. Latent bir seyir girer ve bu sebeple geç komplikasyonlar muhtâle getirmekle karakterizedir.

Bâzı otorede bacillus diphtheriae tesbit olunur. İlk ajan olabileceği gibi, streptococcus ve staphylococcus ile beraber de girebilir veya sekonder enfeksiyon olarak, hastanın elleri ile veya başka yollarla kulaga taşınabilir. Sebep nazal kavite veya farinkste bulunabilir.

Primer veya sekonder tuberkülöz otitisak da olabilir. Basilin aktivitede tesbiti son derece güçtür. Orta kulagi tutan bu enfeksiyon bilâhare oval ve yuvarlak pencereler yolu ile labirente yayılabilir. Umumî olarak kronik seyreder. Eksoriye ağrı az veya hiç yoktur. Bunun yerine mübâbiyet derecesi ile orantılı sağırılık, tinnitus, kulak dolgunluğu gibi semptomlar bulunur. Zarda bir veya müteaddit perforasyonlar görülebilir. Ancak pek erken safhada tek bir perforasyon görmek imkânı vardır; fakat bir kaç gün içerisinde, zarın mevcut müteaddit tuberküller nekroze olarak perforasyon adeti artar ve umumiyetle ön-alt ve arka kadranelerde bulunurlar. Miks enfeksiyon hâlinde, otitis media ve mastoidit arazları beraber bulunur ve bu takdirde ifrazattan basilin tecrit etmek son derece güç olabilir. Perforiküller leaf adenopatisi mevcudiyeti, diyagnostik ehemmiyeti halizdir.

Aşağıdaki preparatta (şekil II.) gene kliniğimiz materyelinden, 3 Yaşında, sol kulagında iki aydır skintü şikâyeti olan ve retro-oriküler

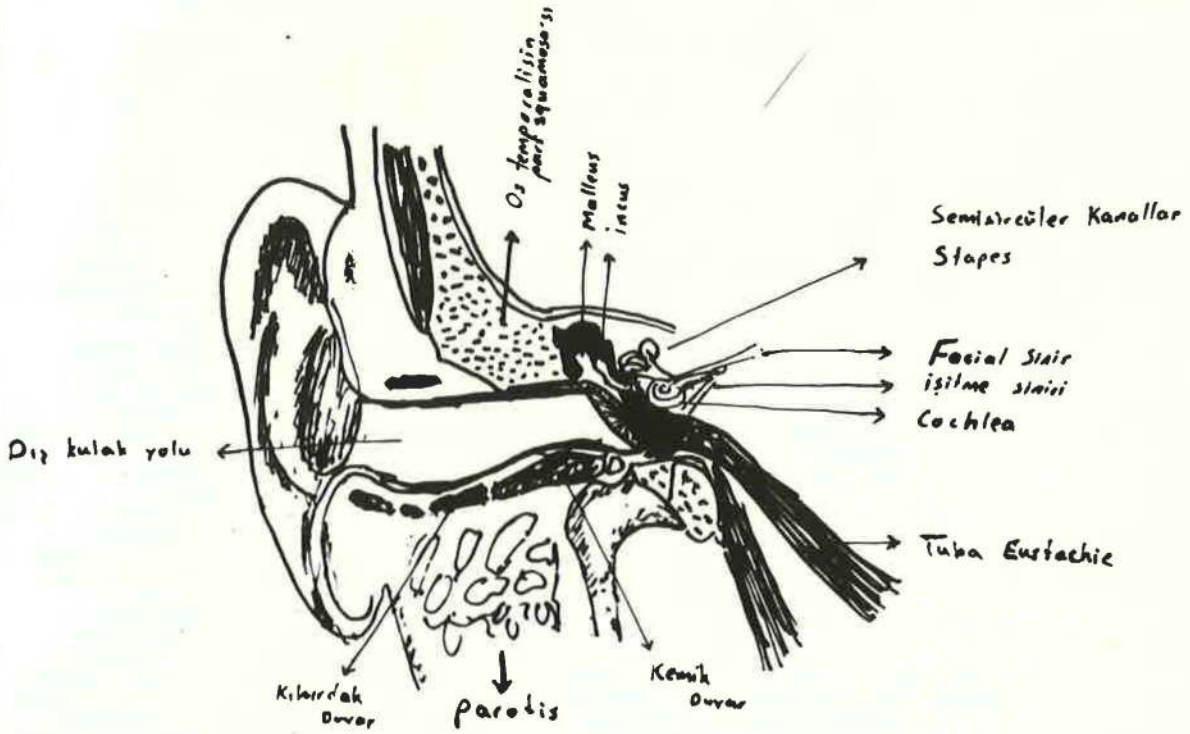
adenopatisi olan bir çocuktan alınmıştır. Histopatolojik tetkik hastanemiz patolojik anatomi laboratuvarınca yapılmış olup, aşağıdaki epikriz bildirilmiştir: Fibriller bağ dokusundan ve nekrotik sanalardan yapılmış bir granuleasyon dokusu içerisinde epiteloid histiosit ve lenfositlerden müteşekkil, spesifik altınâbi sanalar. Sanalarından müteaddit langhans dev hücreler. Teşhis: Tüberküloz.



Şekil II (308/64)

Bunun haricinde tüberkülozu andırır şekilde, orta kulak sırilizi, kulagi tutan karsinomlar, xantomatozis ve kolesteatoma, aural polip ve granuleasyonlari tevhit eden hastaliklar arasında zikredilebilir.

Orta kulak polip ve granuleasyonlariinin tevhit ettigi klinik tab-lolarin mehiyetinin iyi anlaşılabilmesi için, orta kulak ve bununla ilişkili leşekkülerin anatomisine kısa bir göz atmak yerinde olur.



Şekil III

Orta kulak; kulak zarı, tuba östaki, timpanik kavite ve muntavas (kemikcikler, ligamentler, adaleler v.s.), antru ve mastoid hücrelerini ihtiva eder.

Kulak zarı, dış kulak yolunun iç ucuna gerilmiştir. Bu uçta, zarın etrafında, tam olamayan ve annulus timpanikus adı verilen bir halka ve bunun kenarında sulcus timpanikus denilen bir oluk vardır. Annulus timpanikus, üst kısmında (Müllerian segment) yoktur. Fibro-kartilaginöz bu halka, iki ucu malleusun proc. brevisine doğru saygırlan yapılarak, önde kısa plika anterioru ve arkada daha uzun plika posteriörü yapar ve zarı altına gergin

pars tensa ve üstte gevşek pars klassida (schrapnell zarı) diye adlandırılan iki parçaya ayırır. Pars tensa timpan boşluğunun dış duvarını meydana getiriyorken, schrapnell zarı, prussak mesafesinin dış duvarını meydana getirir.

Pars tensa üç tabakadan müteekkildir: Dış tabaka mesra derisinin tenadisinden meydana gelmiştir ki satıta yassı epitel tabakası, daha derinde silendirik mikrelerden yapılmıştır. Orta tabaka elâstik liflerden fakir bir fibröz tabakadır ki dışta radyatır ve içte sirküler bir dizilişe sâniptir. İç tabaka, orta kulak mukozasının tenadisinden ibâret, basit silendirik epiteldir. Manubrium mallei, orta tabaka yapılarının içerisine gömülmüştür. Pars klassida, pars tensada bulunan orta, fibröz tabakayı ihtiva etmez.

Zar, aşağı yukarı 8 mm. genişlik, 5 mm. yükseklik ve 1/10 mm. kalınlıktadır. Yüzü düz değil sığ bir muni şeklidir ki bu münün tepesi umbo ismini alır. Her iki horizontal ve vertikal plânda, aşağı yukarı 45 derece meyillidir. Çocuklarda bu meyil daha horizontal ve berraktır.

Proc' brevis ile umbodan geçen bir hat ve umbodan birinciye vertikal olarak geçen ikinci bir hat ile zar, dört kadrana ayrılır:

- 1- Anterior-superior kadrân, ki arkasında tubanın ağzı, zarın ön mukozâ cebi, tensor timpani adalesinin kanalı vardır.
- 2- Anterior-inferior kadrân, ki arkasında karotid kanalı ihtiva eder.
- 3- Posterior-superior kadrân, ki arkasında stapes, korda timpani siniri, inkusun processus longus ve zarın arka mukozâ cebi vardır.

4- Posterior-inferior kadranın arkasında yuvarlak pencerenin nişi mevcuttur.

Ön-üst kadrana tutanuk eden tuba üstaki 36 mm. uzunluğunda bir berrdür. Faringeal ağzı, timpanik ağzından, ağzı yukarı 15 mm. kadar ağığıdadır. Tubanın timpanik ucu 12 mm. kadar uzunluktadır ve kemik bir çatıya sanıptır. Tuba her iki ucda boru şeklinde olup, Eustachius diye adlandırılan en dar yerinde osseöz ve membranöz kısım birleşir. Tuba titrek tüylü örtü- cü epitel ile örtülmüştür.

Genel olarak tubanın kemik kısmı daima açık, membranöz kısmı kol- laps hâlinde ve sadece damak adalelerinin kontraksiyonu hâlinde açılır. Genene ve yutkunma bu adalelerin kontraksiyonuna sebep olur, ki bu hâdise- ye üç adale iştirak eder: M. Levator Veli Palatini, M. Tensor Veli Palati- ni, M. Salpingofaringeusdur.

Orta kulak ile farinks arasında hava intikalini temin eder ve za- rın her iki yüzünde lazıyık muvazenesini sağlar.

Tubanın timpanik ağzı ile antrum arasında yassı bir silindirdir olarak tarif olunan ve kavus timpani ismi verilen orta kulak boşluğu vardır. Üç kısma ayrılır:

1- Epitimpanik mesafe (vault, atlık), pars tensanın üst kenar nat- tının üzerinde kalan kısımdır.

2- Mesotimpanik kısım, antrum hizasında, pars tensanın üst ve alt kenarları arasındaki kısım.

3- Hipotimpanik mesafe, zarın alt kenarı altında yerleşik orta ku- lak kavitesi.

Tiypamınu  rt n mukoza, soluk, az damarlı, en büyük kısmında titrek t y l , tek katlı silindirik örtücü epiteliden ibârettir. Mukoza orta kulak muhtevasını  rt rken, b zi mesafelerin m s l ne sebep olur ki bunlardan biri membrana flaccida ile malleus boynu arasındaki prussak mesafesi ve diğeri korda timpani sınırını  rt n mukoza kısmı tarafından biri manubrium mallei'nin önünde ve diğeri arkasında teşkil edilen, Troitsch'un  n ve arka mesafeleridir.

Kemikcikler, malleus, incus ve stapes olmak üzere 3 tanedir. Malleus bu    kemiklerin en büyüğüdür. Kaput mallei denilen bağı attık de bulunur Proc. longus (manubrium mallei) denilen uzun ve proc. brevis denilen kısa iki kolu ve bu iki kolu bağı birleştiren ve kollum mallei denilen bir de boynu vardır.

Incus, bir gövde ve iki g kintili intiva eder. Incusun gövdesi attikin arka kısmına yerleşmiştir ve on y zli malleus bağı ile artikulyasyon yapar. Incusun uzun kolu, ağılı ve arkaya doğru uzayarak, stapes ile artikulyasyon yapar. Stapesin tabanı annular bir ligament vasıtası ile fenestra ovalise yapışır.

Kavum timpanide, M. Stapedius ve M. Tensor Timpani adını alan iki kasla mevcuttur.

Korda timpani sınırı, arkadan ki  k bir kanal içerisinde timpanik kaviteye girer, manubrium mallei ile incusun proc. longusu arasından geçer ve glasserien yarığına i  ucundan çıkar. Ağılı inerek lingual sınır ile birleşir.

Altı duvara sahip bir boşluktur: Üst duvar (tegmen timpani), kafanın orta çukurundan teşekkül etmiş, 3-4 mm. kalınlığında, oldukça ince bir kemik sâfinedir. Arkaya doğru timpanik antrumun lümeni ile temas eder ve ona doğru tensor timpani adalesinin lümenini teşkil ederek uzar. Bu kemik sâfine sıkça çok incedir ve strüktüründe ekseriya açıklıklar bulunur. Bu sebeple duvarın orta kulak mukozası ile temasta bulunduğu vâkidir.

Alt duvar (paries jugularis), klinik bakımdan jugular bulbusu ve karotis interna arterine yakınlığı dolayısıyla ehemmiyetlidir. Diploik mînatürde ve genel olarak kalındır, bu sebeple karotaji bulbus oakiından ehemmiyet arz etmez. Nâdiren kemikte açıklıklar müşahade olunmuştur.

Diş duvarın, her ne kadar üst ve alt parçaları kemikten teşekkül etmiş ise de asıl kısmı kulak zarı teşkil eder. Üst kısmı attikin diş duvarıdır (recessus epitimpanicus). Alt kısmı recessus hypotimpanicus ismini alır.

İç duvar (pars labirinticus), iç kulagin da diş duvarını teşkil eder. Promontoriumdan geçen vertikal bir çizgi bu duvarı ön ve arka iki kısma ayırır. Önde tensor timpani adalesinin yarı kanalı vardır. Arkada yukarıdan aşağı doğru: horizontal semisirküler kanal, prominesia kanalı n. facialis içerisinde fallop kanalıının ikinci parçası, oval pencere ve çukuru, promontorium, yuvarlak pencere, proc. kokleariformisin altında vertikal bir hat hâlinde jakopson sınırı vardır.

Arka duvar (pars mastoidea), mastoidin arka duvarının direkt temasından ibârettir ve faciali sinirinin men kısmını oluşturan eder. Üstte aditus ad antrum bulunur.

Ön duvar (pars karotikus), üstte tensor timpani adalesının yarı kanalını ve altta tubanın timpan ağzını ihtiva eder.

Antrum bir küçük kavitedir veya timpanik kavite ile mastoid arasında, bezelye büyüklüğünde bir hava mikresidir. Doğuda vardır. Altı duvarı vardır ve auditus ad antrum vasıtasıyla timpan boşluğunun attığı ile irtibatlıdır.

Diş duvar (cerrahi duvar), mastoid trepanasyonlarında bu duvardan girildiğinden önemlidir.

İç duvar; arka kranial fossa, beyincik ve sinus sigmoides ile komşudur.

Üst duvarı tegmen timpani yapar. Çok incedir ve hatırımlı orta kranial fossadan ayırır.

Alt duvar, fallop kanalı üçüncü parçası ile komşuluk gösterir.

Ön duvarın üst kısmına auditus ad antrum açılır; antrum ile timpan boşluğunu birleştiren dar bir kanal olup, üst, iç ve dış olmak üzere üç duvarı vardır. Üst duvarı tegmen timpani yapar. İç duvarın üzerinde promontoria kanalı semisirkularis lateralis vardır. Diş duvar önde atticus ile uzanır.

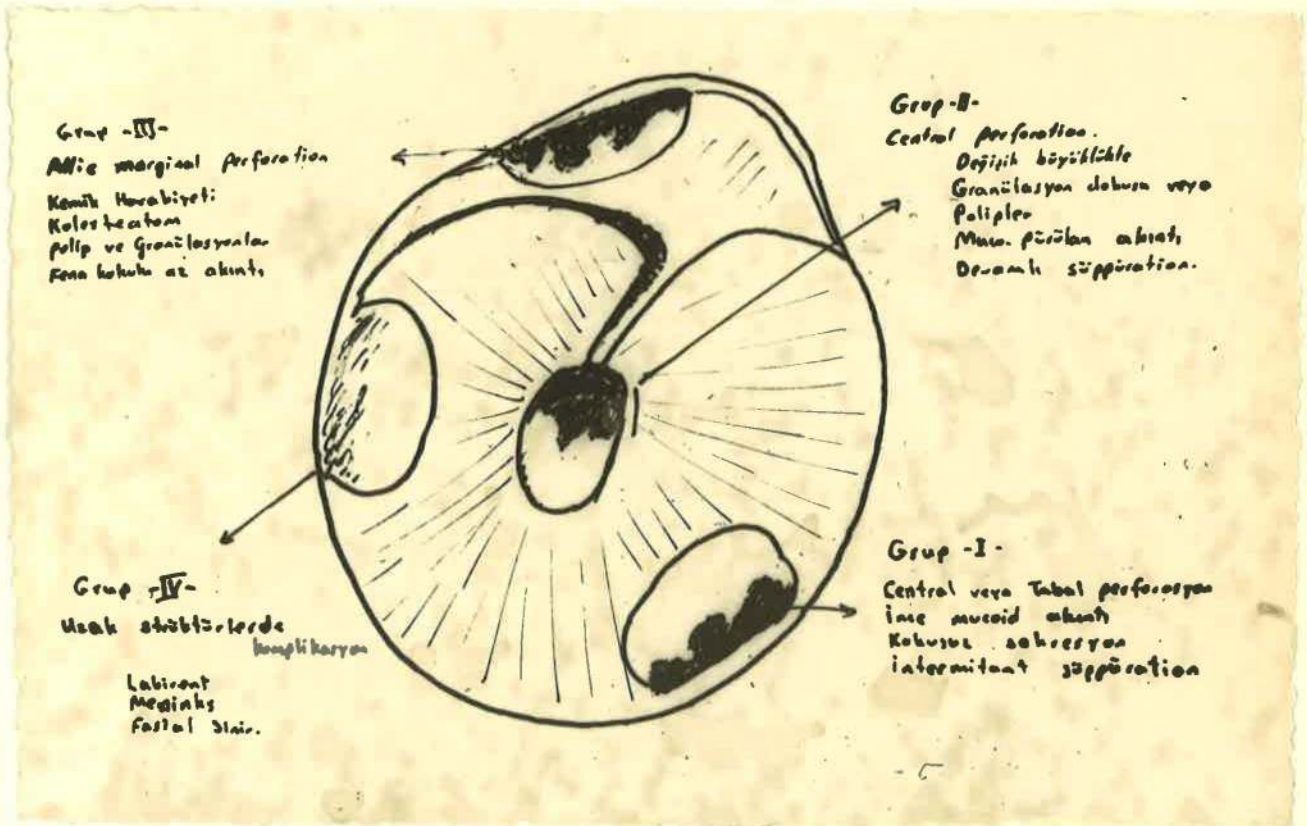
Mastoid mikreleri, ağırları ince bir mukosa ile örtülü, intizamsız olarak dizili, birbirleri ile irtibatlı, doğuştan sonra teşekkül eden hava mikreleridir. Büyüklüklerine ve biçimlerine göre pnbastik, diploik, pnbastodiploik ve kompakt olmak üzere dört ve antrum göre de ön, arka, iç, dış, üst, alt olmak üzere altı gruba ayrılırlar.

Orta kulagin sinirleri N. Facialis, timpanik pleksus ve Arnold siniridir. Facial sinir, N. Glossofaringeus ve N. Stenomastikus ile birlikte mastus akustikus internus girer ve bu kanalın lateral ucunda Fallop kanalına dâhil olur. Daha arkada mastoid antruma girer ki burada kanalla semisirkularis lateralisin altındadır. Moraken stilomastoidenaa doğru alçalan sinir, N. Stapediusa bir dal verir. Daha aşağıda korda timpani dalını verir ki bu dak bir kemik kanal içerisinde tekrar timpanus arka duvarına girer. Timpanus mukozasını inerve eden timpanik pleksusu teşkil eden sinirler 4 tanedir: 1- N. Glossofaringeusun timpanik dalı (Jakopson siniri) 2- Sempetlik pleksus karotikusdan gelen karotiko-timpanik sinirler, 3- N. Petrosus superfisialis minordan gelen dallar, ve 4- N. Petrosus superfisialis major- dan gelen bir dal. Arnold siniri ise vagusun sayvan dalıdır. İki dala ayrılır: biri fasial sinirden gelen postauriküler sinirle birleşir, diğeri aurikülanın arka kısmının derisinde ve dış kulak yolunun arka kısmında dağılır.

Orta kulak başlıca A. Karotis internanın dallarından kanlanır. Karotikuli karototimpanik içerisinde arkaya ilerliyen dallar, timpanik kavitenin orta kısmının mukozasına vâhil olur. A. meningea media, orta kulagin üst kısmına bir dal verir. A. stilomastoiden, alt arka kısma ve mastoid hücrelerine dal verir. Bütün bu dallar g'yet küçüktürler, özel bir klinik ehemmiyetleri yoktur.

Kronik bir otitis mediada daima zarfın herhangi bir yerinde perforasyon vardır ve bu perforasyonun yeri, gerek klinik, gerekse anatomopatolojik ve prognostik bakımından son derece önemlidir (şekil IV.). Perforasyon marginal ise, perforasyon bölgesindeki kemikte harabiyet vardır deni-

lebılır, ve eğer perforasyon zarın kenarını tutmuyor ise, kenara çok yakın olsa bile, kesik harabiyeti yoktur. Basit suppuratif otitis media'dır ve sadece mukosa supürasyonuna delâlet eder. Perforasyon kenarlarının kırmızılığı seranet irritasyonuna bağlı veya granülasyon teşekkülüne delildir. Perforasyon kenarlarının beyazlığı, epidermizasyona delil teşkil eder.



Şekil IV

Bir santral perforasyon, tuba içerisinden, zaman zaman da olsa kârî drenaj ve havalandırma olduğuna delâlet eder ve ancak en zayıf noktadan perforasyon olur. Bir santral perforasyon, maddeten kesikciklerin ve tıpa-

amun kemik duvarlarının nekrozuna zaiyet eder, ki bu takdirde daha cerrahi müdahale olmaksızın tedavisi mümkün olur.

Zarin alt kenarında bir perforasyon, timpanin alt duvarında veya doğesinde bir kemik nekrozunun varlığına delil eder. Bu bölgenin hayatli teyakkül bulbus jugularisdir. Timpanik kavite ile jugular otloma arasındaki kemik, kalın ve kesiktir. Bu sebeple bu perforasyon, timpan doğesindeki kemik duvarın nekrozundan başka bir maddi ifade etmez ve ağı kulak yolundan küretajı muvafiktir. Nâdir vak'alarda, jugular bulbus, timpan kavitesinden ince bir duvarla ayrılır veya kemik duvar hiç mevcut değildir. Bu sebeple, bu noktada bir perforasyon, eğer septik semptomlar mevcut ise, jugular bulbusun hastalığına işaret etmelidir. Böyle vak'alarda timpan doğesinin tetkik ve küretajı dikkatle icra olunmalıdır.

Malleusun proc. brevisinin hemen üzerindeki schrapneli zari perforasyonları, malleus başının bir hareketine delildir. Malleusun proc. brevisinin hemen üzerindeki marginal perforasyon ise, tegmen timpaninin hareketine delildir.

Bütün marginal perforasyonlar ve schrapneli perforasyonları, epitelin orta kulaga girmesinin daha kolay olması dolayısıyla, kolesteatoma teşekkülünde predispozan faktörlerdir.

Mitteadart perforasyonlar tuberküloz ve sifilizi düşündürür.

Genel olarak santral perforasyonlar, muhtemelen tubojen yol ile infektel etmiş basit enfeksiöz proseslere, marginal perforasyonlar ise kemik hareketlerine delil teşkil ederler. Zarin total kaybı, marginal perforas-

yona tekabül eder ve kuvvetli kemik nekrozunun mevcudiyetini gösterir.

Yukarıda izah edilen kronik perforasyonların lokalizasyonlarının belânetleri, orta kulak ve mastoid kavitede mevcut durum için yanılmaz işarettir. Bir kronik orta kulak iltihâbı esnasında, intrakraniyel komplikasyonlar ve labirintitis, kolesteatoma ile müterafık bir epitişpanik perforasyon olmaksızın nâdiren vukû bulur. Kronik ototide görülen bu perforasyonlu ve granülasyon dokusunun teşekkülü yanında, usumiyetle yukarıda oluş şekli ve sebepleri bahsedilen poliplerde, iltihâbî nâdisenin yerleştiği bölgeye uygun lokalizasyonlar göstermek üzere teşekkül edebilirler ve duruma göre klinik muayenede ilk plâna geçebilecek büyüklüklere ulaşabilirler. Şekil 5a da attikten menşе alan bir granülasyon şematize edilmiştir. Şekil 5b. de ise, gene aynı bölgede granülasyon polibi teşekkülü gösterilmiştir. Her iki durumda da, aşırıda bahsedileceği veçhile, hastada klinik ve pronostik bakımdan büyük bir fark olması beklenabilir.

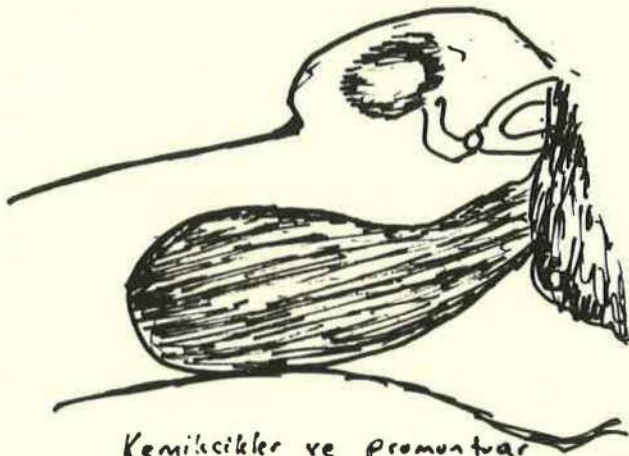


Şekil 5.a.



Şekil 5.b.

zira burada makroskopik olarak secretı tıkayan bir polip şekil 5b. de görülmekle beraber, şekil 5a. da da schrapnell zarındaki perforasyon granülasyon nâsı tarafından tıkanmıştır.



Kemikcikler ve promontuar
cürmâsi ve promontuarda Polip

Şekil VI.

Halbuki şekil 6. da total bir perforasyonun yanında promontoryundan menş' alan bir polibin, meselâ şekil 5b. de görülen polibe nazaran haclice daha büyük olan dahi, bir retansiyon tevliit etmeyeceği, şemadan da anlaşıl-
maktadır. Şuna derhal zikrolmak icap ederki granülasyon ve polipler veya orta kulakta iltihâbî diğer oluşumlar, bir retansiyona sebep oldukları tak-
dirde, komplikasyonları kolaylaştırıcı veya hatta zarurî kılıcı bir tesir
arzederler. Halbuki bir retansiyon tevliit etmeyecek şekilde oldukları tak-
dirde, bilhassa granülasyon dokuları, enfeksiyonun yayılmasını önleyici
tesirler de gösterebilirler. Yıllardan beri kemik harabiyetinin mevcut bu-
lunduğu vak'elerde, bu bölgelerde teşekkül etmiş olan granülasyon nâsının,

enfeksiyonun hayati ehemmiyeti olan organlara yayilmasina mani olucu bir rolunu, kulak şirurjisi ile meşgul olan operatörler, müteaddit defalar müşahade etmek fırsatini bulmuşlardır. Örneğin, bir müdahale esnasında granülasyon kaldırıldığında, bir çok vak'ada dura veya sinüslerin açık bulunduğu ve fakat patolojik prosesin buralara sirayet etmediğini müşahade etmek kasbil olmuştur.

Retansiyon teşekkül ettiği durumlarda, patojen faalla virulansı artar. Necrenin tıkanması ile mastoidde iltihap teşekkülü kolaylaşırken, granülasyon tarafından aditus ad antrumun tıkanması da antrunda empiyem teşekkülünü ve kortikal eksternin harabiyetine bağlı narice veya necra arka duvarına fistüller teşekkül ederken, kortikal internin harabiyeti ile de labirintitler veya kafa içi intilâllarına sebep olurlar.

Zikrettiğimiz bu husûsiyetlerden dolayı, polip ve granülasyon dokusu küretaj ve ekstirpasyonları, lokalizasyonlarına ve durumlarına göre bazı husûsiyetler arzedeceklerdir. Kemikciklerden menşе almiş bir polibin ekstirpasyonunda, kemikciklerin de çıkarılması veya harap olması kasbil olabileceği gibi, yuvarlak veya oval pencereden menşе alan bir polibin çıkarılması da, meselâ karnbrana sekondarının harabiyeti ile de labirintitler husûle gelebilir.

Tegmen timpani, sıkca çek ilmedir ve strüktüründe ekseriya açıklıklar ihtiva eder ve bu sebeple auranın orta kulak mukozası ile temasta olduğu vâkidir. Tegmen timpani sıkca, orta kulagin supuratif enflemasyonuna mâruz kalarak harabiyete uğrar, nekrotik proses vâs'etle kasbeder ve dura bakterî enfeksiyonuna mâruz kalır. Bu takdirde genellikle, bir düzeltme ve muameleza eylesi ile, granülasyon nâsı teşekkül eder. Bu sebeple böyle bir perforasyon, kranial muamele mâsup olmaksızın yıllarca bâki kalır. Başka bi

deyişle, eğer sekresyon; koniklikler, ligamentler ve adeziv bandlar dolayısıyla mahsur kalırsa, bakteriel enfeksiyon granülasyon nesi içersinden kronik kaviteye girmeğe zorlar ve neticede menenjit ve apseler gibi intrakranial intilâhalar teşekkül eder. Bu hâl, dış kulak yolu içersinden attık küretajına ehemmiyetli bir kontrendikasyon teşkil eder. Çünkü granülasyon nesi kaldırılıncaya, dura patojen faalin tesirine mâruz kalır. Mastoid radikal operasyon, mükemmel bir drenaj temin etmesi dolayısıyla, bu müdahale içersinde granülasyon küretajında aynı mahsur düşündürülemez.

Alt duvar jugular bulbus ile komşudur. Kemik bu kesimde diploik tabiatla ve kalındır. Açıklık intiva etmesi nâdirdir. Bu sebeple döşemenin küretajı, bulbus jugularis bakımından ehemmiyet arz etmez. Ancak nâdir vak'alarda granülasyon küretajı, bulbusun yaralanması sebebi ile, mühim hatta öldürücü kanamalara sebep olur. Tersine, bulbus jugularisde tromboz olduğu zaman, döşemede herabiyet ve dolayısıyla granülasyon teşekkül edebilir. Lateral sinus trombozu vak'alarında, tıpanma döşemesi granülasyonları, bulbus jugularisde de tromboz olduğu şüphesini tevhit etmesi bakımından ehemmiyetlidir.

İşte çalışmamızın mevzuunu teşkil eden granülasyon ve polipli kronik otitis media vak'alarının incelenmesi ve mevcut klinik ve anatomopatolojik tegayyürlatin konservatif veya operatif metotlarla tedavisi, bu kriterlere istinâden yapılmıştır.

M A T E R Y E L ve M E T O D

Asistanlık sürenizi teşkil eden 3 yıl zarrında kronik otitis media teşhisi ve müdahale zarurati ile kliniğimize yatırılarak evidman ve mastoidektomi yapılmasına lüzûm gösteren 177 vak'anın anatomo-patolojik bulgulara göre tesnifi tablo I.A.B. de gösterilmiştir.

Müracaatları esnasında kronik otitis medianın muhtelif komplikasyonlarını gösteren vak'aların dökümü , tablo II.A.B. dedir.

Komplikasyonlu kronik otitlerde, buna sebep olarak retansiyon tetvilit eden granülasyon ve poliplerin bulunduğu vak'aların nisbeti de ayrıca gösterilmiştir. Ayrıca polibektomi, evidman ve mastoidektomi yapılmış olan vak'aların bir dökümü de yapılmıştır.

Gerekli müdahalesi yapılan her hastada kan sayımı, formül ve röntgenolojik muayeneler, kanama ve pıhtılaşma zamanı ve lüzûmlu serolojik muayeneler yapılmış ve icabı hâlinde pre veya postopratur sarında gerekli tıbbi tedavileri ve ameliyattan sonraki devrede sık, sık kontrolleri, hastaların koordinasyonu nisbetinde yapılmıştır.

T A B L O I. A.
EVIDMAN, ANATOMO-PATOLOJİK BULGUYA GÖRE

Kolesteatomlu	Kolesteatomlu Granülasyonlu	Granülasyonlu	Granülasyonlu Polipli
63	38	41	10

TABLO I. B.
MASTOİDEKTOMİ, ANATOMO-PATOLOJİK BULGULARA GÖRE

Granulasyonlu	40
Granulasyonlu Kolesteatomlu	1
Granulasyonlu Polipli	4
Mukozus Otitis	2
Sarkom	1

TABLO II. A.
EVIDMAN KOMPLİKASYONLARI
BAKIMINDAN

Akut Mastoidit	18
Kr. Mastoidit (fistülize)	17
Perisinuzal Apse	4
Sinus Trombozu	6
Vena Jugularis Trombozu	2
Extradural Apse	2
Cerebellum Apsesi	2
Otojen Menenjit	4
Fasial Paralizi	3
Labirintit	1

TABLO II. B.
MASTOİDEKTOMİ, KOMPLİKASYONLARINA
GÖRE

Akut Mastoidit	39
Kr. Mastoidit (fistül.)	1
Bezold Apsesi	1
Cerebellum Apsesi	1

T A B L O I I I

K U L A K A M E L İ Y A T L A R I T A B L O S U

ANTROTOMİ	I/5/963 7	1964 12	1965 6	31/5/966 2	Yekûn 27
MASTOİDEKTOMİ	17	18	12	2	49
EVIDMAN	13	47	50	11	121
EVIDMAN - TEMPANOPLASTİ	5	4	1	3	13
EVIDMAN - EXTRADURAL APSE DRENAJ I	-	1	1	-	2
EVIDMAN - SİNUS PUNKSİYONU	1	-	-	-	1
EVIDMAN - V. JUGULARİS LİG.	-	2	1	-	3
EVIDMAN-SİNUS KÜRETAJİ- BEYİNCİK APSESİ DRENAJ I	1	2	1	-	4
EVIDMAN - SİNUS KÜRETAJİ- VENA JUGULARİS KÜRETAJİ	1	1	2	-	4
POLİBEKTOMİ	11	22	4	-	37
ATTİK KÜRETAJ I	1	1	-	-	2
Yekûn	57	110	78	18	263

1	87/63	Kamil Palister Yugoslavya 11	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve granulasyonlu O.M.	Evidan Sinus Ponc.
2	97/63	Hamide Şilek Köşen 7	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
3	102/63	Kadir Yıldırım İstanbul 3,5	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
4	148/63	Ratna Dologlu İstanbul 12	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
5	164/63	Hilseyin Yalçınkaya Köşen 2	Solda Kr. Granulasyonlu ve Kistülize Mastoiditli O.M.	Evidan
6	167/63	İbrahim Kunduz Uzunköprü 15	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
7	188/63	Turgut Engin İstanbul 6	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
8	201/63	Ahmet Uslu İstanbul 6	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. Sinus Lateralis ve V. Jugularis Tromboflebiti, cerebellum ap.	Evidan Sinus Küretajı V. Jugularis L Cerebellum dre
9	203/63	Mustafa Öztürk İstanbul 6	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
10	199/63	Sebahattin Balci	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
11	214/63	Kamil Çağlayan İstanbul 9	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
12	227/63	Etem Birsan İstanbul 21	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
13	206/63	Selim Yapagan İstanbul 10	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
14	242/63	Bayram Taştan Malatya 10	Solda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
15	248/63	Adem Hamurcu Giresun 5	Solda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
16	249/63	Salih Turekig İstanbul 15	Solda total perforasyon ve Labirintitisi O.M.	Evidan
17	262/63	Dirrane Kaplan İstanbul 7	Sagda Kr. Granulasyon ve Akut Mastoiditli O.M. ve Otojen Menenjit	Evidan
18	Ayla Kenar		Total Perforasyon ve gra- nulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
19	280/63	İstanbul 19	Sagda Kr. Kolesteatomlu	Timpanoplasti
20	292/63	Dirrane Bağış Refikaye 14	Orta Kulak İltihabı	
21	295/63	Aziz Öküz Şebinkarahisar	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
22	294/63	Sema Yalçın İstanbul 13	Solda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
23	297/63	Sabri Akça Sinop 6	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan

23	24/63Handan Çelik İstanbul 9	Sağda Kr. Granulasyonlu O.H. ve Otojen Kenejit	Evidman
24	34/63Baine Tekin İstanbul II	Solida Kr. Granulasyonlu O.H.	Evidman
25	42/63Melahat Yılmaz İstanbul 7	Solida Kr. Granulasyonlu O.H.	Evidman
26	51/63Yılmaz Tolok İstanbul IO	Sağda Kr. Granulasyonlu O.H.	Evidman
27	63/63Erol Beken İstanbul II	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.H.	Evidman
28	75/63Orhan Yavuzer İstanbul 8	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.H.	Evidman
29	90/63Fatika Bayır Zonguldak IO	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.H.	Evidman
30	103/63Baki Gül Erzincan 2	Sağda Kr. Granulasyonlu ve Polipili O.H.	Evidman
31	106/63İnsan Öz İstanbul Ip	Solida Kr. Kolesteatomlu O.H.	Evidman
32	106/63Vehbi Dursun Kelkit 6	Solida Kr. Granulasyonlu O.H. ve Püstülize Mastoidit	Evidman
33	116/63Hayriye Toprak Biga 13	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.H. ve Akut Mastoidit	Evidman
34	115/63Hüsnü Avcı İstanbul 4	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.H.	Evidman
35	116/63Zeynep Çiltekin İstanbul 16	Solida Kr. Granulasyonlu O.H.	Evidman
36	121/63Senaat İzzizler İstanbul 12	Solida Kr. Granulasyonlu O.H. Mastoidit ve Sinus Lateralis Trombozu	Evidman V.Jugularis Lig.
37	122/63Yavuz Akak İstanbul 6	Solida Kr. Kolesteatomlu ve Püstülize Mastoiditli O.H.	Evidman
38	138/63Ali Yasan Bingöl 6	Solida Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.H.	Evidman
39	140Kamil Korkmaz Tekirdağ 14	Solida Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.H.	Evidman
40	143/63Coşkun Erol İstanbul 8	Solida Kr. Granulasyonlu O.H. ve Akut Mastoidit	Evidman
41	144/63Baine Öztürk Ayancık 5	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.H. ve Akut Mastoidit	Evidman
42	155/63Handa Birpen Mardin 11	Solida Kr. Kolesteatomlu O.H. ve Sinus Lateralis Trombozu	Evidman V.Jugularis Lig.
43	159/63Baine Kuloglu İstanbul 15	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.H.	Timpanoplasti Tip IV.
44	165/63Sant Özel Niksar 16	Solida Kr. Kolesteatomlu O.H.	Evidman
45	Mustafa Acar 171/64İstanbul 6	Solida Kr. Granulasyonlu O.H. ve Akut Mastoidit	Evidman

46	172/64	Mehmet Tarhan Boyabat 6	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
47	194/64	Sine Çıldır Zonguldak 23	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
48	206/64	Hayriye Karaca İstanbul 7	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidman
49	205/64	Yaşar Sezer İstanbul 6	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Fistülize Mastoidit	Evidman
50	209/64	Sevin Demir İstanbul 12	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
51	219/64	Dündü Şahin Ordu 4	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidman
52	8214/64	Harabi Yılmaz Gümüşhane 21	Solda Kr. Granulasyonlu ve Kolesteatomlu O.M. ve Paralizi Basal	Timpanoplasti Tip IV.
53	8421/64	Can Kaya Karabük 17	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Fistülize Mastoidit	Evidman
54	232/64	Ekrem Uğur İstanbul 5	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidman
55	8634/64	Ayşe Çankaya Tekirdağ	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
56	200/64	Hatice Baylan İstanbul 9	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
57	8972/64	Bemra Çevir Sarıyer 10	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
58	8971/64	Hasan Dinar Bairne 11	Sagda Kr. kolesteatomlu O.M.	Evidman
59	204/64	Hasan Aktardoğan İstanbul 14	Sagda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M. ve Mast. Mastoidit	Evidman
60	246/64	Metin Karaslan İstanbul 5	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
61	249/64	Hava Erdem İstanbul 5	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidman
62	255/64	Mehmet Hafır Cide 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
63	264/64	Gâlip Aydoğan Mesudiye 15	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
64	276/64	Eden Topçu İstanbul 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
65	268/64	Haliz Uslu İstanbul 4	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
66/8469/64		Serpil Şahin İstanbul 3,5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Fistülize Mastoidit	Evidman
67	281/64	Perihan Uysal Giresun 7	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
68	287/64	Mine Akşahin İstanbul 5	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman

69	290/64	Serif Okumuş İstanbul 3	Sagda Kr. Granulasyon ve Polipli O.M.	Evidman
70	301/64	Hatun Alkan İstanbul	Solda Kr. Granulasyon ve Polipli O.M.	Evidman
71	307/64	İdris Can Tşeköprü 8	Solda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M.	Evidman
72	316/64	Agop Çağlar İstanbul 7	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
73	315/64	Şukran Şahin Tokat 14	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Sinus Tromboflebiti	Evidman V. Jugularis L1 Sinus Küretajı
74	319/64	Abdullah Ugur Antalya 6	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Meningismus	Evidman
75	320/64	Aysel Aksu Düzce 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
76	328/64	Nazife Dönmez İstanbul 4	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
77	329/64	Abdullah Ugur Antalya 6	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Sinus Lateralis Trombozu	Evidman Sinus Küretajı
78	341/64	Ayşe Yessici Sakranbolu 76	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
79	6/65	Hilmiyin Kılıçık Avanoz 40	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
80	29/65	Meryem Yolcu İstanbul 3	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
81	7/65	Yılmaz Kazankaya İstanbul 9	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
82	20/65	Rahmet Akman İstanbul II	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
83	50/65	Aynan Karaoglu İstanbul 2,5	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
84	46/65	Güldane Şen Sivas 6	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
85	54/65	Bilgin Argindogan İstanbul 8	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Perisinusal Apse	Evidman
86	60/65	Nezahat Özdoğan İstanbul 19	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Mastitize Mastoidit	Evidman
87	63/65	Levan Ali Yunanistan 10	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Cerebellum Absesi	Evidman Apse Drenajı
88	67/65	Sultan Yanılmaz Malatya 50	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
89	76/65	Enver Aktaş Ayancık 10	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
90	80/65	Güray Sağdıç İstanbul 4	Solda Kr. Granulasyon ve Polip, Basal Paralizi	Evidman
91	97/65	Zehra Gürsoy İstanbul 9	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman

92	97/65	Zehra Güneş	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
		İstanbul 9	ve Cerebellum Apsesi	Apsse Drenajı
93	133/65	Hava Mentek	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		İstanbul 3	ve fistülize Mastoidit	
94	134/65	Şahin Yıldız	Solda Kr. Kolesteatomlu ve	Evidman
		Kastamonu 7	Granulasyonlu O.M.	
95	130/65	Hatice Yatan	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti
		İstanbul 43	ve Total Perforasyon	
96	144/65	Gülten Yıldırım	Sagda Kr. Granulasyonlu	Evidman
		İstanbul 11	O.M.	
97	167/65	Hakkı Akbaba	Solda Kr. Kolesteatomlu	Evidman
		Kastamonu 11	O.M.	
98	184/65	Hemaye Akıncı	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		İstanbul 3	ve fistülize Mastoidit	
99	187/65	Rıdvan Pelat	Sagda Kr. Kolesteatom ve	Evidman
		İstanbul 7	Granulasyonlu O.M.	
100	213/65	Kemal Çetmi	Sagda Kr. Kolesteatomlu	Evidman
		İstanbul 19	O.M.	
101	223/65	Dursun Ali Teber	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		Samsun 4	ve Akut Mastoidit	
102	248/65	Alaaddin Yaman	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
		Uzunköprü 13	ve Extradural Apsse	Apsse Drenajı
103	252/65	İrfan Duman	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		Düzce 7	ve fistülize Mastoidit	
104	266/65	Eman Yüksel	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
		Silivri 6	ve fistülize Mastoidit	
105	263/65	Hayrettin Biçer	Polipli ve Kr. Granulasyonlu	Evidman
		İstanbul 10	O.M.	
106	270/65	Hüsnü Bozalan	Solda Kr. Kolesteatomlu	Evidman
		Babaeski 9	O.M.	
107	271/65	Fatma Keleş	Solda Kr. Granulasyonlu	Evidman
		Rize 5	O.M.	
108	281/65	Murhan Çağlı	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		İstanbul 7	ve Akut Mastoidit	
109	288/65	İsmet Kaşıkçı	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
		Muş 13	ve fistülize Mastoidit	
110	297/65	Hüseyin Büyük	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		Sivas 25	Total Perforasyon	
111	299/65	Halit Kortak	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		İstanbul 6	ve Akut Mastoidit	
112	312/65	Ravi Kasap	Solda Kr. Kolesteatomlu	Evidman
		İstanbul 18	O.M.	
113	313/65	Mehmet Ötücü	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
		İstanbul 10	ve fistülize Mastoidit	
114	324/65	Barol Yılmaz	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve	Evidman
		İstanbul 8	Granulasyonlu O.M.	
115	342/65	Mustafa Sağızlı	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
		Erzurum 4,5	ve Akut Mastoidit	

116	351/65	İbrahim Erzinli Çatalca 11	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Sinus Lateralis ve Vena Jugularis Tromboflebiti	Evidman Sinus Küretajı V. Jugularis L16
117	357/65	Güldane Köp Erzincan 11	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve fistülize Mastoidit	Evidman
118	365/65	Nâdir Ultaş İstanbul 11	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
119	2/66	Ertuğrul Taşpınar Konya 7	Solda Kr. Granulasyonlu ve Polipli O.M.	Evidman
120	13/66	Ayşe Yıldırım İstanbul 9	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidman
121	39/66	Arife Kaplan İstanbul 3	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
122	40/66	Mustafa Akgül Sivri 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
123	59/66	Rabia İnce Tekirdağ 6	Solda Granulasyonlu ve Koles. O.M. ve fistülize Mastoidit	Evidman
124	58/66	Ayşe Ay İnebolu 26	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
125	87/66	Nurten Ungöran İstanbul 7	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Perisinüzal Apse	Evidman Drenaj
126	66/66	Emine Albayrak Trabzon 7	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Otojen Menenjit	Evidman
127	93/66	Ahmet Kardeş İstanbul 15	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. Mastoidit ve Perisinüzal Apse	Evidman Drenaj
128	93/66	Ahmet Kardeş İstanbul 15	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
129	105/66	Dursun Cömert Refaniye 3	Sağda Kr. Granulasyonlu ve Polipli O.M.	Evidman
130	132/66	Adile Bayhan Pütürge 37	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
131	132/66	Adile Bayhan Pütürge 37	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
132	133/66	Neriman Yılmaz Sivas 16	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
133	223/63	Dursun Ali Teber Samsun 4	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman

M A S T O I D E K T O M İ

1	119/63	Elkriye Yaman İstanbul 1,3	Solda Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Mastoidektomi
2	132/63	Niyazi İğten İstanbul 6	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Mastoidektomi
3	143/63	Emine Tekir Şebinkarahisar 9	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: : :
4	159/63	Perihan Yılmaz İstanbul 5	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: : :
5	171/63	Gülbeyaz Şahintürk Kırklareli 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: : :

6	178/63	Zekeriya Sundaere İstanbul 11	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. Ve Bezolu Apsesi	Mastoidektomi
7	179/63	Süleyman Tercan İhsanaye 10	Sagda Kr. granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
8	200/63	Beride Morasan İstanbul 2,5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
9	202/63	Yüksel Katmer İstanbul 8	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
10	220/63	Vahide Sonmez İstanbul 7	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
11	246/63	Kâmil Bulgurlu İstanbul 7	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
12	247/63	Neval Uzel İstanbul 3	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
13	263/63	Münevver Yıldırım İnebolu 33	Sagda Mukozus Otitis Pnömonokoks Tıp III.	:
14	262/63	Dürasne Kaplan İstanbul 7	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
15	266/63	Elgen Babacan İstanbul 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
16	264/63	Yahar Yagiz İstanbul 6	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
17	3/64	Şerif Dengiz İstanbul 4	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
18	70/64	Besim Tükel İstanbul 8	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
19	71/64	Erol Köy İstanbul 4	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
20	104/64	Okyay Tırılı İstanbul 12	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Mastülide Mastoidit	:
21	105/64	Yazar Keççiler İstanbul 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
22	123/64	Nezahat Özler İstanbul 18	Solda Otitis Mukozus Pnömonokoks Tıp III.	:
23	125/64	Narimgül Delice İstanbul 11	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
24	148/64	Radlme Kartal İstanbul 7	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
25	150/64	Ayşe Yıldırım İstanbul 7	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
26	179/64	Ahmet Özarslan İstanbul 2	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
27	190/64	Ali Milli İstanbul 7	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
28	200/64	Hatice Baylan İstanbul 9	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:
29	204/64	Nurten Büyüksözer İstanbul 2	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	:

30	6196/64	Nazmi İşbecer Kırklareli 15	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Mastoidektomi
31	294/64	Halit Turhan İstanbul 14	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
32	299/64	Şaduman Alkan İstanbul 8	Otojen Cerebellum Apsesi	: :
33	9305/64	Hakan Avcı İstanbul 4	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Duraya incision : :
34	308/64	Tuncay Bora İstanbul 2,5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
35	7/65	Yılmaz Kazankaya İstanbul 9	Sagda Kr. Polipli O.M. ve Akut Mastoidit	: :
36	15/65	Şadi Doğru Akseki 9	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
37	19/65	Salim Osman İstanbul 4	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
38	143/65	Şerket Fazlek İstanbul 35	Kulak Arkası ve Mastoid Bölgede Sarkom	: :
39	145/65	Emine Topal İstanbul 16	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoid	: :
40	169/65	Narize Güler İstanbul 11	Solda Kr. Polipli O.M. ve Akut Mastoidit	: :
41	193/65	Zeki Anılantag İstanbul 2,5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
42	223/65	Dursun Ali Teber Samsun 4	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
43	310/65	Huriye Günay İstanbul 5	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
44	105/66	Dursun Cemert 8 İstanbul 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
45	126/66	Ayşe Ekşi İstanbul 12	Solda Kr. Granulasyonlu ve Polipli Otitis Media	: :
46	66/66	Emine Albayrak Trabzon 7	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. Otojen Menenjit ve Cerebellum Apsesi	: :
47	93/66	Ahmet Kardeş İstanbul 15	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Perisinusal Apsse	: :
48	39/66	Azize Kaplan İstanbul 3	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :

P O L İ B E K T O M İ

1	7272/63	Ahmet Gürtünce İstanbul 5	Sag Kulak Meccrasında Polip	Polibektomi
2	14363/63	Atilla Alpay Hopa 14	Sag Kulak Meccrasında Polip	: :
3	14538/63	Hatice Yatman İstanbul 8	Sag Kulak Meccrasında Polip	: :

4	16255/63	Engin Turgut İstanbul 6	Sağ Kulak Mecrasında Polip	Polibektomi
5	16280/63	Mertel Gökmen İstanbul 10	Sol Kulak Mecrasında Polip	:
6	17176/63	Hassan Erim Bolu 11	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
7	16264/63	Hüjgân Tomak İstanbul 16	Sol Kulak Mecrasında Polip	:
8	18881/63	Mehmet İstek İstanbul 5	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
9	19153/63	Murhan Karnak İstanbul 23	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
10	21583/63	Muammer Korkmaz İstanbul 10	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
11	25615/63	Hayrettin Kagar İstanbul 30	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
12	15 09/64	Saadet Aktay İstanbul 15	Sol Kulak Mecrasında Polip	:
13	1791/64	Mehmet Kardeş Kırklareli 14	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
14	2360/64	Birkan Geze İstanbul 20	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
15	2316/64	Salim Pirselim Trabzon 35	Sol Kulakta Eski Evidman ve Polip	:
16	3300/64	Baba Kızıltan İstanbul 27	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
17	4592/64	Salme Meyenci İstanbul 14	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
18	7681/64	Sema Cenkçi İstanbul 7	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
19	13998/64	Mehmet Tarhan İstanbul 6	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
20	14091/64	Cengiz Enver Çerkeş 26	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
21	14852/64	Recep Turan İstanbul 19	Sol Kulak Mecrasında Polip	:
22	22250/64	Telli Dursun Refahiye 30	Sol Kulak Mecrasında Polip	:
23	22738/64	Osman Aydoğan Mesudiye 14	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
24	24788/64	Perruh Parlak İstanbul 8	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
25	24988/64	Birgül Aydoğan İstanbul 8	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
26	26933/64	Sabahattin Baş Araç 5	Sağ Kulak Mecrasında Polip	:
27	26944/64	Rügen Koc Bolu 4	Sol Kulak Mecrasında Polip	:
28	26730/64	Leyla Güngören İstanbul 7	Sol Kulak Mecrasında Polip	:

29	27724/64	Kaya Savaş Ankara 13	Sağ Kulak Meccrasında Polip	Polibektomi
30	27775/64	İlkay Savaş Ankara 5	Sol Kulak Meccrasında Polip	: :
31	Sabanattin Baş 29341/64	Araç 5	Sağ Kulak Meccrasında Polip	: :
32	29349/64	Selim Yavuzel İzmit 10	Sağ Kulak Meccrasında Polip	: :
33	29962/64	Ömer Kılıç Gümüşhane 22	Sol Kulak Meccrasında Polip	: :
34	12709/65	Selim Pirselim Trabzon 36	Sol Kulak Meccrasında Polip	: :
35	16584/65	Rukiye Çiçek Giresun 25	Sağ Kulak Meccrasında Polip	: :
36	58/65	Sultan Yorulmaz Malatya 50	Sağ Kulak Meccrasında Polip	: :
37	4848/65	Nihal Acar İstanbul 5	Sağ Kulak Meccrasında Polip	: :

M Ü N A K A Ş A

Üç yıl zarfında müdahale edilmek üzere kliniğimize yatırılan 991 vak'anın, 961 kulak vak'ası olup, bunlardan 48 ine mastoidektomi, 133 Üne evidman ve 37 tanesine polibektomi gibi tezimizle ilgili müdahaleler yapılmış ve bu vak'aların dışında kalanlara da gereken diğer kulak müdahaleleri yapılmıştır. Evidman yapılan vak'aların 16 inde akut mastoidit (Vak'a No: 17. 33. 36. 40. 41. 45. 62. 64. 78. 80. 89. 101. 106. 111. 115. 121. 122 127.), 17 inde, fistülize mastoidit (Vak'a No: 5. 32. 37. 38. 49. 53. 59. 66. 86. 93. 98. 103. 104. 109. 113. 117. 123.), 6 inde Sinus Lateralis ve V. Jugularis trombozu (Vak'a No: 8. 36. 42. 73. 77. 116.), 3 Ünde Cerebellum Apsesi (Vak'a No: 8. 87. 92.), 4 tanesinde Otojen Menenjit (Vak'a No: 17. 23. 74. 126.), 3 Ünde Frisinusel Apse (Vak'a No: 85. 125. 127.), 2 inde Extradural Apse (Vak'a No: 102. 113.), ve ikisinde de Facial Paralizi (Vak'a No: 52. 90.) müşahade olunmuştur.

Evidence yapılan vak'aların, akut mastoidit intilâtlı 18'inin 16'sında, retansiyon tevhit eden polip ve granülasyonun aditus ad antrum, veya marjinal perforasyonda lokalize olarak obstrüksiyon tevhit ettiği veya makroskopik polibin bütün mecrayı tıkadığı müşahade edilmiş, yalnız iki vak'ada sebep tâyin edilememiştir. Distillize mastoidit intilâatı gösteren 17 vak'ada obstrüksiyon tevhit eden granülasyon ve polip, münhasıran aditusda ve epitimpanunda bulunmuştur. Sinus lateralis ve V. Jugularis tromboflebiti intilâatı gösteren 6 vak'anın 4'ünde Sinus duvarı kolesteatom tarafından tahrip edilmiş, 2'inde ise perisinüsual nücreler granülasyon nesi tarafından işgal edilmiş bulunmakta idi. Extradural apse ve otojen menenjit intilâatı gösteren 6 vak'ada da kolesteatom mes'ul idi.

Mastoidektomi ameliyatı yapılması zarurati ile karşılaşılan 46 vak'anın 40'ında granülasyon nesi epitimpanum işgal etmiş, aditus ad antrum veya marjinal perforasyonu tıkamıştı. 4'ünde ise aynı zamanda polip mecrayı da tıkamış bulunmakta idi.

Otojen menjeli intrakranien komplikasyon gösteren vak'aların çoğu hekim karşısına ancak hastalıklarının bu safhasında müracaat etmiş olup, hemen hepsi de intrakranien komplikasyona alt; ateş, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve kusma, titreme, işitme kaybı, hissi değişiklikler gibi semptomlarını bir kışını göstermekte idiler ve intrakranien tansiyonun arttığı hallerde, ense sertliği ve Kernik; labirintitlerde, spontan nistagmus müşahade olunuyordu. Bu 35 vak'aya, apse drenajı, v. jugularis ligatürü ve kulak radikal operasyonları yapılmış, vefat sayısı ancak iki olmuştur.

Vak'alarda mevcut bulunan granülasyon, polip ve kolesteatomanın tahripkâr tesirlerinin hiç bir antibiyotik ile önlenemediği ve ancak kulak radikal operasyonları ile kudâga müdahale edildiği durumlarda tam salân elde edildiğini bir çok defalar müşahade etmek kaabil olmuştur.

Gerek klinik muayene esnasında, gerekse radikal ve exploratris müdahalelerde, evvelce zikredilmiş olan kaziyenin, yâni retansiyon tevhit eden bir kronik proçesin bulunduğu vak'alarda intrakranien komplikasyon nusûluna ihtimâlinin doğruluğunu teyid etme imkânını defaatle müşahade ettik. Nitekim intrakranien komplikasyon gösteren vak'aların hepsinde, retansiyon tevhit eden, kolesteatoma, granülasyon ve poliplere rastlanmıştır.

H Ü L A S A

1- Bu tezde, kronik otitis medianın bağılıa refakat tezandürlerinden biri olan polip ve granülasyonların etiopatogenezi, histopatolojisi ve lokalizasyon ve pozisyonlarına göre tevhit edebilecekleri komplikasyonlar literatür malûmatı ve klinikte müşahade edilen vak'alar muvacesesinde gözden geçirilmiştir.

2- Klinikte bulunduğumuz üç yıl zarfında kronik otitis media komplikasyonları ile müracaat eden 25 hastanın, yukarıdaki kriterlere göre ettikleri yapılmış ve intrakranien komplikasyon nusûlünün, bilhassa retansiyon tevhit eden kronik proçeslerde olduğu tesbit olmuştur.

3- Retansiyon nusûle gelişen vak'alarda, granülasyon nescinin bir nevi koruyucu demarkasyon hattı vazifesi görerek, intilâtı önlediği tesbit ve müşahade edilmiştir.

4-Muhelif tipte semptomlar gösteren kronik otitis media vak'alarından vak'aya göre yapılması icâp eden müdahale şekilleri kısaca gözden geçirilmiştir.

L I T E R A T U R E

- 1- ANDERSON W.A.D. Pathology. 2. Edition The C.B. Mesny Company, St. Louis 1953
- 2- AUBRY H.-A. LEMARLEY, Précis d'oto-rhino-laryngologie,
Masson, Cie Editeurs
Libraires de L'Académie de Médecine
120, Boulevard Saint-Germain (Paris) 1949
- 3- A. Lemery - Assistant H. Euler, Oto-Rhino-Laryngologie infantile
Masson Cie Editeurs 1956
- 4- BALLENGER, HOWARD CHARLES M.D. - BALLENGER, JOHN JACOB M.D.
Diseases of the Throat, Nose and Ear
Tenth Edition, Lea and Febiger, Philadelphia 1957
- 5- CHEVALIER JACKSON - CHEVALIER L. JACKSON, Diseases of the Nose, Throat
and Ear, W.B. Saunders Company, Philadelphia
and London 1945
- 6- COATES, GEORGE MORRISON - HARRY P. SCHENCK - H. VALENTINE MILLER
Otolaryngology, Hagerstown, Maryland,
W. F. Prior Company Inc. 1956
- 7- COLONEL J. E. - MURIEL BAUM, Otolaryngic Pathology, Armed Forces
Institute of Pathology 1949
- 8- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, Oto-Rhino-Laryngologie,
18, Rue Segnier, Paris (6) 1960
- 9- LEDERER FRANCIS L.B. Diseases of the Ear, Nose and Throat
Sixth Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia 1953
- 10- F.W. WATKYN - THOMAS, Diseases of the Throat, Nose and Ear
H. K. Lewis and Co. Ltd. 1953
- 11- GEORGE E. SHAMBAUGH, Jr., M.D. Surgery of the Ear,
W.B. Saunders Company Philadelphia - London 1959
- 12- GEORGES PORTMANN, Oto-Rhino-Laryngologie, G. Dion Cie Editeurs,
8, Place Del'odeon, Paris, 1960
- 13- Ph. SCHWARTZ iltinap 1947
- 14- Ph. SCHWARTZ Histopatoloji Genel - Ozel 1951
- 15- W.G. SCOTT - BROWN, EAR, Nose and Throat, London, Butterworth Co.
(Publishers) Ltd. Belliard, Temple Bar 1953