

T. C.  
EĞİTİLİ ÇOCUK HASTANESİ  
KULAK-BURUN-BÖRGEZ-ANİS VE GENİTAL  
CİRURJİSİ KLİNİĞİ  
ŞOF. DR. SİYASİTİN HAKTAY

ORTA KULAK GRANULASYON VE POLİPLERİNİN  
HİSTOPATOLOJİK YAPISI VE KLİNİK DEĞERİ

0036498

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

1966

DR. ORHAN ALTINAY  
1966

## Ö N S Ö Z

Hastanemizin daha çok çocuk hastanesi karakterinde oluşu ve ayrıca mürettebat üyelerinin büyük bir kısmının, Balçık Tarlası, Hürriyet mahallesi, Bağlayan, Kuştepe, Çeliktepe, Gültepe, Kasımpaşa gibi gerek maddi mahrumiyete ve dolayısıyla en az hijyenik şartlara sahip ve gerekse sağlık mevzuunda engeri malûmata dahi sahip olan yerlerden gelmesi dolayısıyla çocuk otitlerinin akut ve bilhassa kronik şekillerini ve bunların her türlü komplikasyonlarını kliniğimizde müşahade etmek, gerekli müdahaleleri yapmak ve seyirini takip edebilmek iktisadını bulduk.

Kronikleşen otitlerin mantemel ve mukadder akıbetlerinden sayılması gereken granülasyon, polip ve kolesteatomların, işitme fonksiyonları bakımından tevlit ettikleri tarzında, muşle getirdikleri intrakranien komplikasyonlarının 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 etiyojenesis ve histolojileri, eldeki materyal ve literatür malûmatı muvacehesinde incelenmiştir.

Cerrahi müdahaleler esnasında intrakranien komplikasyonlara, dahiyâde staz tevlit eden granülasyon ve poliplerin sebep olduğu, staz olmadığı takdirde ise, küretaj neticesi dura ve sinüsün açık olduğu tesbit oluncadahi, âdetâ bir müdahale reaksiyonu gibi, granülasyon necosinin bir nevi demarkasyon hattı teşkil etmek şeklinde koruyucu rolleri müşahade olmuştur.

Tezin hazırlanmasında, müdahale edilmiş her vak'adan, hocasının titiz ve yerinde işaraları ile elde edilmiş ve hastanesiz 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 mevzuuna dikkatini çekip materyalin temininde gayretini esirgeyen kıymetli ve muhterem hocam Sayın Dr. Ziyaettin Haktanır'a, teşekkürlerimi ve hizmetlerimi arzettiği bir borç bilirim.

Asistanlık müddetinin yarımını birlikte geçirmek mahzarıyetime nail olduğum, nazakatından istifade imkânını bulduğum, hâlen Haydarpaşa Hüsnüye Hastanesi K.B.B. Kliniği Şefi Sayın Dr. Tugyan Atatürk'e teşekkürlerimi arz ederim.

Klinik Baş Asistanlarımız Sayın Dr. Münevver Sandalcı ve Sayın Dr. Yılmaz Atay'dan da, geçtikleri zamanatlara pek küçük bir mukabele olan teşekkürlerimin kabûlünü istirham 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 hastanesiz 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 pnömatik boşlukları örten mukozadan menşe alırlar. Toplu iğne başından, bütün dış kulak yolunu tikiyacak büyüklüğe kadar değişen büyüklükte gösterirler, tek veya müteaddit olabilirler, ileri derecede yumşak veya oldukça sert olabildikleri gibi, kirazı, soluk renkli, lobullü dute benzer şekilde görülebilirler.

Supuratif otitis mediae 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, kâhîl akut supuratif proseslerinde de polip teşekkülüne rastlanılabileceğini zikretmek icap eder. Granulasyon poliplerinin mevcudiyeti hâlinde, kemik doku supurasyonuna delâlet ettiği şüpheyi beri kabul edilir.

Ameliyat endikasyonu hastalığın safhalarına göre değişebilir. Sessiz bir supurasyon, bir müddet için dahi iyileşmeğe teşâyül ve akut necro malleri, 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 mükemmel bir fırsat hazırlanmış olur. Burada, akut bir necro esnasında polip çıkarmanın, latent bir intrakranial komplikasyonun manifest bir mâle geçmesine yol açabileceğini daima hatırlamak icap eder. Dolayısıyla bir kulak polibine müdahale etmeğe karar veren hekimin, her türlü muhtemel komplikasyon

yenile mücadele etmeye razı ve suktedir olması lâzımdır.

Hâlinde, mukosa polipleri ve granülasyon polipleri olmak üzere iki grup polip tanımlanmaktadır. Öteden beri, granülasyon, fibroma, mikroma ve geçiş şekillerinin bu şekilde mi başladıkları veya sadece mukosa poliplerinin transformasyon şekilleri mi oldukları şüpheli konusunu tartışılmaktadır.

Poliplerin ait olduğu orijinal oldukları umumiyetle kabul edilir. Müteaddit yeni teşekkül etmiş kan damarlarını ihtiva eden fibröz bir stroma arasındaki polimorf lökositler, plazma, mast ve dev hücreleri karışımından ibaret bir yapıdadır. Sırtta umumiyetle yassı epitelden ibarettir. 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 sızmalı yuvarlak hücreler yanında seyrek küresel hücrelerden ibaret olduğu taraf edilmiştir. Bu tip poliplerin sırtları ekseriya küreseldir veya yassı, veya silindirik epitel ile örtülmüş olup, bu epitel ekseriya stromada glandüler girintiler nâsıl eder, mukimatte ise stromada gland nâdiren görülür.

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

nazariyenin ana hatlarını teşkil etmektedir. Diğer bir görüşe göre, çocuk otitlerinde bulaşla gelen eksüdanın organize olarak, kan damarları civarında 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 intiva 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 kölesteatosisli altınaplarında bulunup, granülasyon dokusundan ibârettirler ve epitel örtülmesini intiva etmezler. Böyle bir polibin tesbit edilmesi, hemen daima kemik nekrozuna delâlet eder. Böyle vak'alarda nekrotik kemik dokusu çıkarıldığında polip kendiliğinden bütülebilir veya bütülmemekle beraber skuamöz bir epitel tabakası ile örtülerek, granülasyon polibi ile mukoz polibi arasında tefriki teşhis yapılamıyacak bir hâle gelebilir.

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

Bu saydığımız, şekil, yapı ve büyüklükteki değışmeleri tevhit

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

Bâzi araştırmacılar, 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. Mammafin, 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 struktürlerine göre tasniflerini yapmak icap ederse, granülasyon polipleri, bag dokusu polipleri, akut nekrotik granülasyon polipleri ve lenfatik polipler diye gruplandırarak mümkündür. Buna göre:

1- Granülasyon polipleri münnasıran keratinize örtüclü epitel tabakası ile örtülmüş olabilirler. Mammafin ekseriya polibin sathında, farklı tiplerde epitel vardır. Her farklı epitel digerinden keskin bir sınırla ayrılmıştır. Yüksek silendirik, kübik, değişik ve skuamöz epitel. Eger epitel ekseriya olduğu gibi skuamöz epitel ise, kriptlerin ağzında nihayetlenir. Çukurluk duvarları silendirik epitel ile örtülmüştür. Bu çukurluk ekseriya derinler ve bâzi kere kesitlerde gland veya kist gibi teşekküller meydana getirirler. Bu kistler iplik gibi uzayan bir ıfraz ile dolu olabilirler. B

matern bazen epitelin yassılaştırılmasına ve kıstların dilatasyonuna sebep olur. Bütün epitel lökositler, bilhassa polimorfikler tarafından istilâ olunmuştur. Mesafenin bu lökositler ekseriya silindirik epitel altında toplanır ve çukur yerlerde beze benzer toğumüller ve kıstlar 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 kısmeti skuamöz epitel ile örtülüdür ki bu epitel andolele benzer. Skuamöz epitel nekroze ise, bu sahada pek çok parçalansız lökosit ve bakteri ihtiva eder. Gene bu sahada dilate olmuş bir çok damarlar ve nekrotik sancı etrafında kanamalar vardır. Epitel tabakasının harabiyetine sebep olan mikrop, polibe en çok orta kulaktan değil necradan duralı eder.

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



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 sâdıce üstaki borusu ve hipotimpanumda bulunduğundan, bu poliplerin de orta kulagın bu kısımlarından menşe aldıkları tahmin olmaktadır. Lenfatik polipler, tek başlarına, bir mukozal supürasyonuna delalet ettiklerinden bir cerrahi müdahale endikasyonu delilli 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 paralizî periferik fasialden şikâyet ile müradat eden bir çocuktan alınmıştır ki polip mecrayı tamamen tıkanakta idi.



Şekil I. (80/65)

Hastalardan patolojik anatomi laboratuvarında yapılan histolojik tetkike göre preparatta parakeratotik çok katlı örtücü yassı epitel tabakasının çevirdiği gevşek bağ dokusundan yapılmış bir granülasyon mesinin içerisinde lenfosit ve plazma hücrelerinden zengin bir iltihabi infiltrasyonu mevcudiyeti ve örtücü epitel bazı sanalarda glob kerneler teşkil ettiği bildirilmiştir. Anatomo-patolojik teşhis: 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, koilesteatomlar, tüberkülozis, sifiliz zikredilebilir.

Yukarıda usulî hatlarla verilmesine çalışılan, orta kulak benign poliplerinin, usuliyetle kronik supuratif otitis medianın bir refakat tezahürü olduğu veya mevcudiyetinin tesbiti hâlinde, kronik otitis media teşhisi konulmasına sebep olacağı bildirilmiştir. Kronik supuratif otitis media mühtelif mühteliflerle ayrı açılardan tanımlanmıştır. Burada zikredeceğimiz Mayo Kliniği tanımına göre, patolojik bulguların tipi ve derecesi nazara alınarak, dört grup olarak ayrılmıştır.

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

Akıntının artması veya tekeştrü, umumiyetle, üst nefes yollarının bir enflamasyonunu takip eder.

2- Bu grup, promentoryundan, annulus timpanikundan ve attıktan sonra alan ve kronik supratif otitis media için karakteristik olan granülasyon ve polip gibi bulgular dışında I. gruptaki bulguları da ihtiva eder. Mukoid veya mukopurulan bir akıntı mevcuttur, sıkca tene kokuludur. Lokal tedavi ile gılla tedavi olunabilir.

3- Bu grup, patolojik bulguların attıktan bulunduğu vak'alarından ibârettir. Zardaki perforasyon genol olarak para klastikada veya nekrotik üst duvarından, annulus timpanikindedir. Purulan ve fetit bir akıntı ile granülasyon nesol sık olarak beraber bulunmaktadır. İşitme kaybı yukarıda arz edilen iki gruptan daha bîrizedir.

4- Kolesteatoma delilleri ile müterafik vak'alaradır. Devanlı, umumiyetle az miktarda, fetit purulan bir akıntı mevcuttur. Sıkca granülasyon ve polipleri mevcuttur.

Kronik otitis media, genellikle akut otitis mediaı takip eder ve hemen, hemen bütün vak'alarda, mastoiditis ile nihayetlenir. Akut otitis medianın inşâ edilmesi, mukavemetin düşüklüğü ve bunu tetik eden başka hastalıkların mevcudiyeti, büyük ve enfekte adenoidler gibi sebepler, kronikleşmeye teşâyül artırır.

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

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

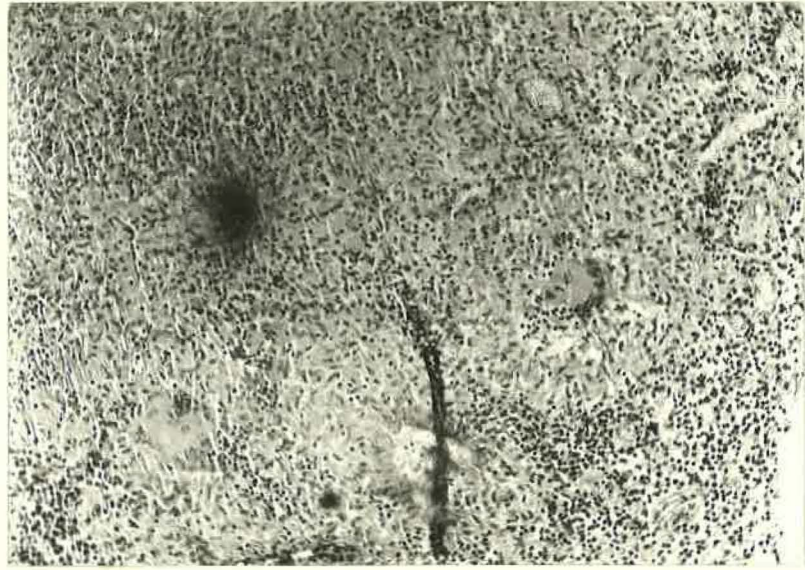
Streptococcus mucosus (pneumococcus tip III.), en şiddetli ve tahripkâr otitis sebep olur. Latent bir seyir girer ve bu sebeple geç komplikasyonlar nasılla getirilmekle karakterizedir.

Bâzi otorene 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 farinksde bulunabilir.

Primer veya sekonder tuberkülöz otitis de olabilir. Basilin aktivitede tesbiti son derece güçtür. Orta kulagi tutan bu enfeksiyon bilhazere oval ve yuvarlak pencereleer yolu ile labirente yayılabilir. Umumî olarak kronik seyredir. Eksoriya ağrı az veya hiç yoktur. Bunun yerine mübâbiyet derecesi ile orantılı sağırlık, 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, zarda mevcut müteaddit tuberküller nekroze olarak perforasyon adeti artar ve usuliyetle 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. Perforatörler lemf adenopatisi mevcudiyeti, diyagnostik ehemmiyeti haizdir.

Aşağıdaki preparatta (şekil II.) gene kliniğimiziz materyelinden, 3 yaşında, sol kulagında iki aydır skintü şikâyeti olan ve retro-oriküller

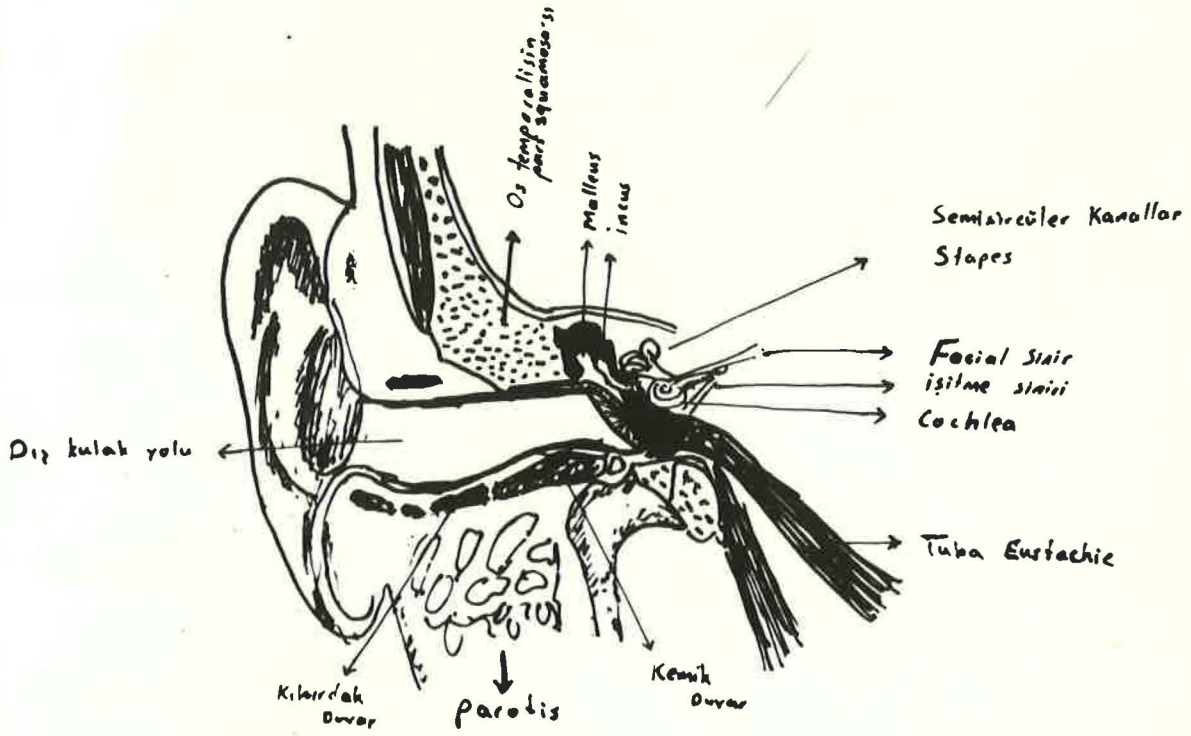
adenopatisi olan bir çocuktan alınmıştır. Histopatolojik tetkik hastanesiz patolojik anatomi laboratuvarınca yapılmış olup, aşağıdaki epikriz bildirilmiştir: Fibriler bağ dokusundan ve nekrotik sanalardan yapılmış bir granuleasyon dokusu içerisinde epiteloid histiosit ve lenfositlerden müteşekkil, spesifik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



Şekil II (308/64)

Bunun haricinde tüberkülozu andırır şekilde, orta kulak sifilizi, kulagi tutan karsinomlar, xantomatosis ve kolesteatoma, aural polip ve granuleasyonlari tevhit eden hastaliklar arasinda zikredilebilir.

Orta kulak polip ve granuleasyonlariinin tevhit ettigi klinik tablolarin mahiyetinin iyi anlaşılabilmesi için, orta kulak ve bununla ilişkili tepekkülerin anatomisine kısa bir göz atmak yerinde olur.



Şekil III

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

Kulak zarı, dış kulakyolunun iç ucuna gerilmiştir. Bu uçta, zarın etrafında, tabı oluşturan ve annulus timpanikus adı verilen bir halka ve bunun kenarında sulcus timpanikus denilen bir oluk vardır. Annulus timpanikus, üst kısmında (Müllerian segment) yoktur. Fibro-kartilajinöz bu halka, iki ucu malleusun proc. brevisine doğru seyredip yapışarak, önde kısa plika anterioru ve arkada daha uzun plika posterioru 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 tabakada müteakkıldır: Dış tabaka mesra derisinin tekadisinden meydana gelmiştir ki satında yassı epitel tabakası, daha derinde silendirik mikrelerden yapılmıştır. Orta tabaka elâşık liflerden fakir bir fibröz tabakadır ki dışta radyatır ve içde sirküler bir dizilişe sâniptir. İç tabaka, orta kulak mukozasının tekadisinden ibâret, basit silendirik epitelidir. Manubrium mallei, orta tabaka yapılarının içerisine gümülüdür. Pars klassida, pars tensada bulunan orta, fibröz teakayı ihtiva etmez.

Zar, aşağı yukarı 8 mm. genişlik, 9 mm. yükseklik ve 1/10 mm. kalınlıktadır. Yüzü düz değil sığ bir nuni şekindedir ki bu nunun tepesi umbo ismini alır. Her iki horizontal ve vertikal plânda, aşağı yukarı 45 derece meyillidir. Çocuklarda bu meyil daha horizontal ve bîrizdir.

Proc' brevis ile umbodan geçen bir hat ve umbodan birinciye vertical 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 tutanak eden tuba üstteki 36 mm. uzunluğunda bir burredur. Faringeal ağzı, timpanik ağızından, aşağı yukarı 15 mm. kadar aşağıdadır. Tubanın timpanik ucu 17 mm. kadar uzunluktadır ve kemik bir çatıya sahiptir. Tuba her iki ucunda boru şeklinde olup, isthmus diye adlandırılan en dar yerinde osseöz ve membranöz kısım birleşir. Tuba titrek tüylü örtülü epitel ile örtülmüştür.

Genel olarak tubanın kemik kısmı daima açık, membranöz kısmı kollaps hâlinindedir ve sadece damak adalelerinin kontraksiyonu hâlinde açılır. Genene ve yutkunma bu adalelerin kontraksiyonuna sebep olur, ki bu hâdiseye üç adale iştirak eder: M. Levator Veli Palatini, M. Tensor Veli Palatini, M. Sphingofaringeusdur.

Orta kulak ile farinks arasında hava intikalini temin eder ve zarın her iki yüzünde tazyik muvazenesini sağlar.

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

1- Epitimpanik mesafe (vault, atlık), pars tensanın üst kenar hattının 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 kulak kavitesi.



Tiimpanumu örten mukozâ, soluk, az damarlı, en büyük kısmında titrek tüylü, tek katlı silindirik örtücü epiteliden ibârettir. Mukozâ orta kulak muhtevasını örtürken, bazı mesafelerin müşâhade sebebi olur ki bunlardan biri membrana klavikula ile malleus boynu arasındaki prussak mesafesi ve diğeri korda timpani sınırını örten mukozâ kısmı tarafından biri manubrium mallei'nin önünde ve diğeri arkasında teşkil edilen, Troitsch'un ön ve arka mesafeleridir.

Kemikcikler, malleus, incus ve stapes olmak üzere 3 tanedir. Malleus bu üç kemikğin en büyüğüdür. Kaput mallei denilen başı attıkde bulunur Proc. longus (manubrium mallei) denilen uzun ve proc. brevis denilen kısa iki kolu ve bu iki kolu başa birleştiren ve collum mallei denilen bir de boynu vardır.

Incus, bir gövde ve iki çıkıntılı intiva eder. Incusun gövdesi attikin arka kısmına yerleşmiştir ve en yufak malleus başı ile artikulyasyon yapar. Incusun uzun kolu, aşağı ve arkaya doğru uzayarak, stapes ile artikulyasyon yapar. Stapesin tabanı annular bir ligament vasıtası ile fenestra ovalise yapışır.

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

Korda timpani sınırı, arkadan küçük bir kanal içerisinde timpanik kaviteye girer, manubrium mallei ile incusun proc. longusu arasından geçer ve glassarien yarığı iç ucundan çıkar. Aşağı inerek lingual sinir ile birleşir.

Altı duvara sahip bir boşluktur: Üst duvar (tegmen timpani), kafanın orta çukurundan teşekkül etmiş, 3-4 mm. kalınlığında, oldukça ince bir kemik sâhindedir. Arkaya doğru timpanik antrumun lavanı ile temas eder ve öne doğru tensor timpani adalesinin lavanını teşkil ederek uzar. Bu kemik safına 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 bulbusa ve karotis interna arterine yakınlığı dolayısıyla önemsiyetlidir. Diploik mîçturde ve genel olarak kalındır, bu sebeple kuretajı bulbus oakiından önemsiyet arzuetmez. 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 hipotimpanikus ismini alır.

İç duvar (pars labirintikus), 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 semilarkiller kanal, promontoria kanalıdır. İnternalis içerisinde fallop kanalının ikinci parçesi, oval pencere ve çukuru, promontorium, yuvarlak pencere, proc. kokleariformalisin altında vertikal bir hat hâlinde jakopson sınırı vardır.

Arka duvar (pars mastoidea), mastoidin arka duvarının direkt temasından ibârettir ve internal sinirün ön kısmını intiva eder. Üstte aditus ad antrum bulunur.

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

Antrum bir kılıçlık kavitedir veya timpanik kavite ile mastoid arasında, bezelye büyüklüğünde bir hava müccesidir. Doğuda vardır. Altı duvarı vardır ve aditus ad antrum vasıtasile timpan boşluğunun attığı ile irtibatlıdır.

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

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

Üst duvarı tegmen tympani yapar. Çok incedir ve altıyı orta kranial fossadan ayırır.

Alt duvar, fallop kanalı üçüncü parçası ile komşuluk gösterir.

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

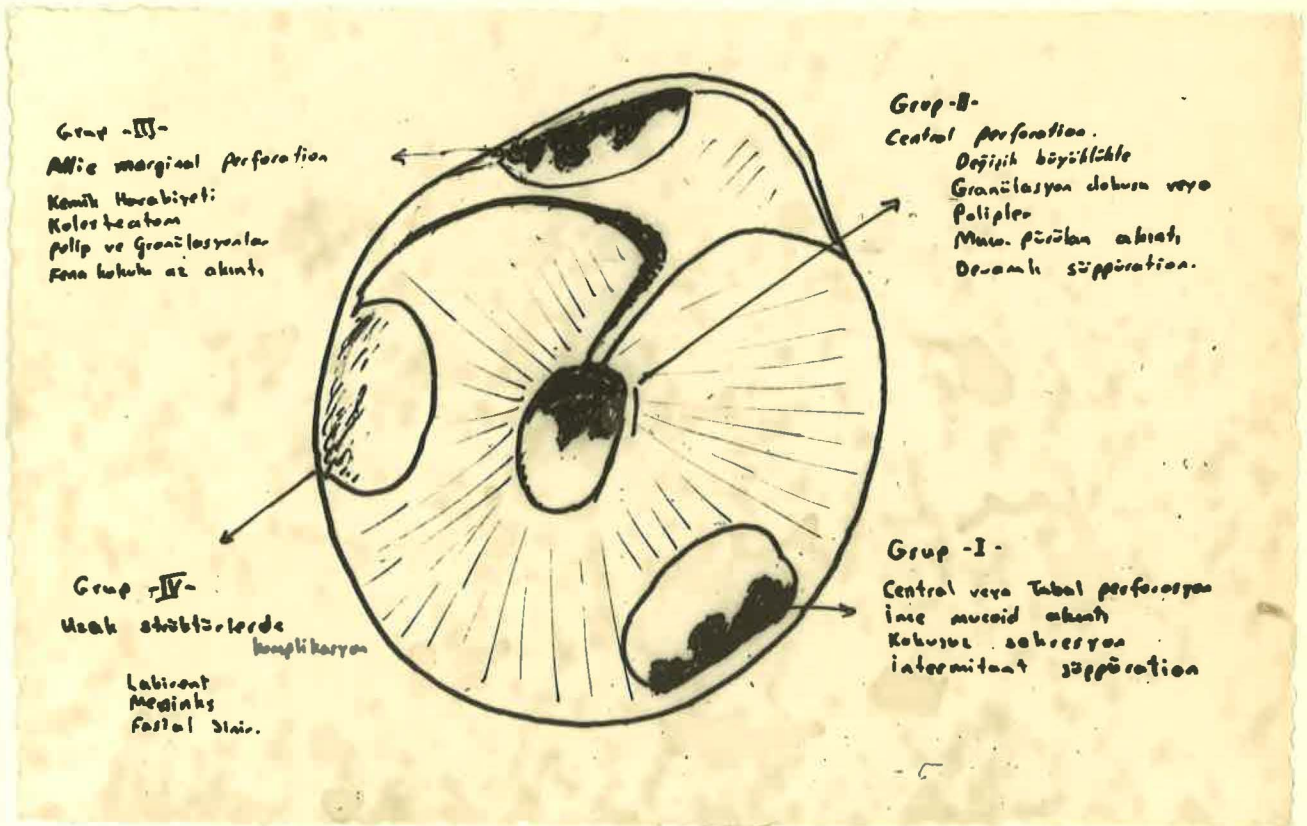
Mastoid mücceleri, ağırları ince bir mukosa ile örtülü, intizamsız olarak dizili, birbirleri ile irtibatlı, doğuştan sonra teşekkül eden hava mücceleridir. Büyüklüklerine ve biçimlerine göre pnbastik, diploik, pnbastodiploik ve kompakt olmak üzere dört ve antrumuna göre de ön, arka, iç, dış, üst, alt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

Orta kulagin sınırları N. Facialis, timpanik pleksus ve Arnold sınırlarıdır. Facial sinir, N. Glossofaringeus ve N. Stenokustikus ile birlikte meatus akustikus internus girer ve bu kanalin lateral ucunda fallop kanalına girer. Daha arkada mastoid antruma girer ki burada kanalla sirkularis lateralisin altındadır. Boraxen stilomastoidema doğru alçalan sinir, N. Stapedianus bir dal verir. Daha aşağıda korda timpani dalını verir ki bu dal bir kemik kanal içerisinde tekrar timpanus arka duvarına girer. Timpanus mukozasını inerve eden timpanik pleksusu teşkil eden sınırlar 4 tanedir: 1- N. Glossofaringeusun timpanik dali (Jakopson sınırı) 2- Sempetlik pleksus karotikusdan gelen karotiko-timpanik sınırlar, 3- N. Petrosus superficialis minor'dan gelen dallar, ve 4- N. Petrosus superficialis major'dan gelen bir dal. Arnold sınırı ise vagusun sayvan dalıdır. İki dala ayrılır: biri facial sınırdan gelen postauriküler sinirle birleşir, diğeri aurikülanın arka kısmının derisinde ve dış kulak yolunun arka kısmında dağılır.

Orta kulak başlıca A. Karotis internanın dallarından kanlanır. Kanallıklı karototimpanik içerisinde arkaya ilerleyen dallar, timpanik kavitenin orta kısmının mukozasına girer. A. meningea media, orta kulagin üst kısmına bir dal verir. A. stilomastoidem, alt arka kısma ve mastoid hücrelerine dal verir. Bütün bu dallar g^yet küçüktürler, özel bir klinik önemleri yoktur.

Kronik bir otitis mediada daima zarın 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 tutuyor ise, kenara çok yakın olsa bile, kesik narabiyeti yoktur. Basit suppuratif otitis media'dır ve sđ-  
 dese mukozu supürasyonuna delâlet eder. Perforasyon kenarlarının kızamıklı,  
 seramat iritasyonuna bağlı veya granülasyon teşekülüne delildir. Perfo-  
 rasyon kenarlarının beyazlığı, epidermalizasyona delil teşkil eder.



Şekil 10

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

duvarın kemik duvarlarının nekrozuna zaiyet eder, ki bu takdirde daha cerrahi müdahale olmaksızın tedavisi kaabili olmur.

Zarın alt kenarında bir perforasyon, timpanın alt duvarında veya doğesesinde bir kemik nekrozunun varlığına delil eder. Bu bölgenin hayati teşekkül bulbus jugularisdir. Timpanik kavite ile jugular otloma arasıdaki kemik, kalın ve kesiktir. Bu sebeple bu perforasyon, timpan doğesesindeki kemik duvarın nekrozundan başka bir nedân ifade etmez ve alış kulak yolundan küretajı muvafıktır. Nâdir vak'alarda, jugular bulbus, timpan kavitesinden ince bir duvarla ayrılık veya kemik duvar hiç mevcut değildir. Bu sebeple, bu noktada bir perforasyon, eğer septik semptomlar mevcut ise, jugular bulbusun hastalandığı şüphesini mâsî etmelidir. Böyle vak'alarda timpan doğesinin tetkik ve küretajı dikkatle icra olmalıdır.

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

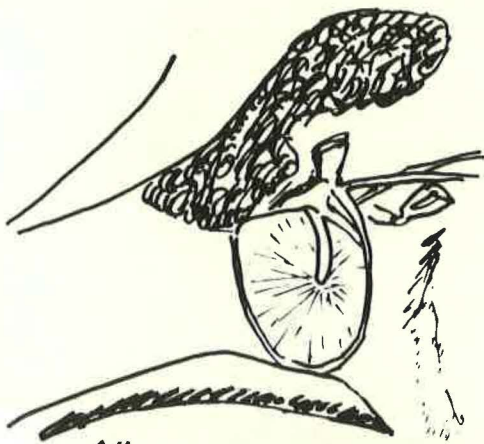
Bütün marginal perforasyonlar ve schrapneli perforasyonları, epitelin orta kulaga akmamasının daha kolay olması dolayısıyla, kolesteatoma teşekkülünde predispozan faktörlerdir.

Müteaddit perforasyonlar tüberküloz ve sifilizi düşündürür.

Genel olarak santral perforasyonlar, muhtemelen tubojen yolile intikal etmiş basit enfeksiöz süreçlere, marginal perforasyonlar ise kemik harebiyetlerine delil teşkil ederler. Zarın total kaybı, marginal perforas-

yona tekabül eder ve kuvvetli kemik nekrozunun mevcudiyetini gösterir.

Yukarıda izah edilen kronik perforasyonların lokalizasyonlarının dağılımları, orta kulak ve mastoid kavitede mevcut durum için yanılmaz işaretlerdir. Bir kronik orta kulak iltihabı esnasında, intrakraniyel komplikasyonlar ve labirintitis, kolesteatoma ile müterafık bir epitelienik perforasyon olmaksızın nadiren vukû bulur. Kronik ototizde görülen bu perforasyonlar ve granülasyon dokusunun teşekkülü yanında, usuliyetle yukarıda oluş şekli ve sebepleri bahsedilen poliplerde, iltihabi maddelerin yerleştiği bölgeye uygun lokalizasyonlar göstererek üzere teşekkül edebilirler ve duruma göre klinik muayenede ilk plâna geçebilecek büyüklüklere ulaşabilirler. Şekil 5a da attikten menşea alan bir granülasyon şematize edilmiştir. Şekil 5b. de ise, gene aynı bölgede granülasyon polibi teşekkülü gösterilmiştir. Her iki durumda da, aşığında bahsedileceği veçhile, hastada klinik ve pronostik bakımdan büyük bir fark olması beklenebilir.



Attic çürümesi ve granülasyon

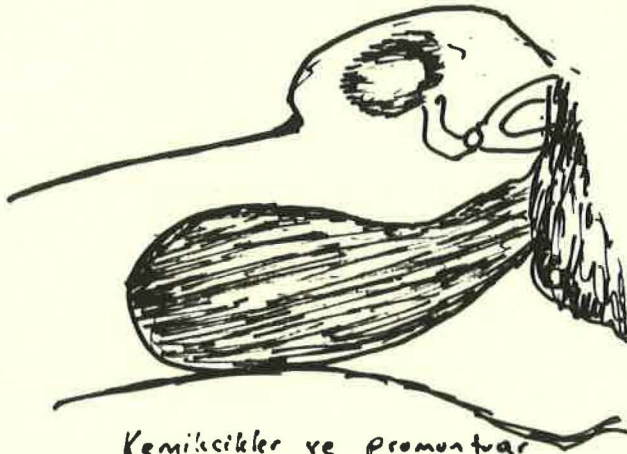
Şekil 5.a.



Attic - ten polip

Şekil 5.b.

Zira burada makroskopik olarak mesrağı tıkayan bir polip şekil 5b. de görülmekle beraber, şekil 5a. da da schrapnell zarındaki perforasyon granülasyon mesci tarafından tıkanmıştır.



Kemikcikler ve promontuar  
cürmesi ve promontuarda Polip

### Şekil VI.

Halbuki şekil 6. da total bir perforasyonun yanında promontoryundan menşe alan bir polibin, mesclî şekil 5b. de görülen polibe nazaran hacliaca daha büyük olan dahi, bir retansiyon tevhit etmeyeceği, şamedan da anlaşıl-  
maktadır. Şuna derhal zikretmek icap ederki granülasyon ve polipler veya  
orta kulakta iltihâbi diğer oluşumlar, bir retansiyona sebep oldukları tak-  
dirde, komplikasyonları kolaylaştırıcı veya hatta zaruri kılıcı bir tesir  
arzederler. Halbuki bir retansiyon tevhit 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 mescinin,



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

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

Zikrettiğimiz bu hususiyetlerden dolayı, polip ve granülasyon dokusu küretaj ve ekstirpasyonları, lokalizasyonlarına ve durumlarına göre bazı hususiyetler arzedeceklerdir. Kesikciklerden menşе almış bir polipin ekstirpasyonunda, kesikciklerin de çıkarılması veya harap olması kaabil olabileceği gibi, yuvarlak veya oval pencereden menşе alan bir polipin çıkarılması da, meselâ membrana sekundarianın harabiyeti ile de labirintitler husûle gelebilir.

Tegmen timpani, sıkca çökme eğilimindedir ve struktüründe ekseriya açıklıklar ihtiva eder ve bu sebeple aurasının orta kulak mukozası ile teması olduğu vâkidir. Tegmen timpani sıkca, orta kulagın supratatif enfeksiyonuna mâruz kalarak harabiyete uğrar, nekrotik süreç vâs'atı kesbeder ve dura bakterileri enfeksiyonuna mâruz kalır. Bu takdirde genellikle, bir düzeltme ve muamelele gıyeyi ile, granülasyon necsi teşekkül eder. Bu sebeple böyle bir perforasyon, kranial muamelele mütevellit olarak yıllarca bâki kalır. Başka bi

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

Alt duvar jugular bulbus ile komşudur. Kemik bu kesimde diploik tabiatta ve kalındır. Açıklık ihtiva etmesi nâdirdir. Bu sebeple döşemenin küretajı, bulbus jugularis bakımından ehemmiyet arzetmez. 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 teşekkülü edebilir. Lateral sinus trombozu vak'alarında, timpanus döşemesi granülasyonları, bulbus jugularisde de tromboz olduğu şüphesini tevlit etmesi bakımından ehemmiyetlidir.

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

## M E 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 teşkil 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 safında 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 III

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

	I/5/1963	1964	1965	31/5/1966	Yekûn
ANTROTOMİ	7	12	6	2	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 PUNKSIYONU	1	-	-	-	1
EVIDMAN - V. JUGULARİS LİG.	-	2	1	-	3
EVIDMAN-SİNUS KÜRETAJ I-BEYİNCİK APSESİ DRENAJ I	1	2	1	-	4
EVIDMAN - SİNUS KÜRETAJ I- VENA JUGULARİS KÜRETAJ I	1	1	2	-	4
POLİBEKTOMİ	11	22	4	-	37
ATTİK KÜRETAJ I	1	1	-	-	2
Yekûn	57	110	78	18	263

1	87/63	Kâmil Palister Yugoslavya 11	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve granulasyonlu O.M.	Evidan Sinus Ponc.
2	97/63	Hamide Şalak Keşan 7	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
3	102/63	Kadir Yıldırım İstanbul 3,5	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
4	148/63	Ratna Dologlu İstanbul 12	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
5	164/63	Hüseyin Yalçınkaya Keşan 2	Solda Kr. Granulasyonlu ve Katülize Mastoiditi O.M.	Evidan
6	167/63	İbrahim Kunduz Üzünköprü 15	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
7	188/63	Turgut Engin İstanbul 6	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
8	201/63	Ahmet Uslu İstanbul 6	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. Sinus Lateralis ve V. Jugularis Tromboflebiti, cerebellum sp.	Evidan Sinus Küretaji V. Jugularis L Cerebellum dre
9	203/63	Mustafa Öztürk İstanbul 8	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
10	199/63	Sebahattin Balcı	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
11	214/63	Kâmil Çağlayan İstanbul 9	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
12	227/63	Etem Birsan İstanbul 21	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
13	206/63	Selma 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 Labirintiti O.M.	Evidan
17	262/63	Durdane Kaplan İstanbul 7	Sağda Kr. Granulasyon ve Akut Mastoiditi O.M. ve Otojen Menenjit	Evidan
18	Ayla Kenar		Total Perforasyon ve gra- nulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
19	280/63	İstanbul 19	Sağda Kr. Kolesteatomlu	Timpanoplasti
20	292/63	Durdane Bağış Refikaye 14	Orta Kulak İltihabı	
21	295/63	Aziz Öklü Şebinkarahisar	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
22	294/63	Sema Yalkın İstanbul 13	Solda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
22	297/63	Sabri Akça Sinop 8	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan

23	24/63Handan Çelik İstanbul 9	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Otojen Kenejit	Evidan
24	34/63Baine Tekin İstanbul II	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
25	42/63Melahat Yılmaz İstanbul 7	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
26	51/63Yılmaz Tolok İstanbul IO	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
27	63/63Erol Beken İstanbul II	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
28	75/63Orhan Yavuzar İstanbul 8	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
29	90/63Hatika Bayır Zonguldak IO	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
30	103/63Baki Gül Ersinean 2	Sağda Kr. Granulasyonlu ve Polipii O.M.	Evidan
31	108/63İnsan Oz İstanbul Ip	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
32	106/63Vehbi Dursun Kelkit 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve fistülize Mastoidit	Evidan
33	116/63Hayriye Toprak Biga 13	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
34	115/63Hüsnen Avcı İstanbul 4	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
35	116/63Zeynep Gültekin İstanbul 16	Solda Kr. Mastoidiyonlu O.M.	Evidan
36	121/63Senat İkiizler İstanbul 12	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. Mastoidit ve Sinus Lateralis Prombozu	Evidan V. Jugularis Lig.
37	122/63Yavuz Akak İstanbul 6	Solda Kr. Kolesteatomlu ve fistülize Mastoiditli O.M.	Evidan
38	138/63Ali Yasan Bingöl 6	Solda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
39	140Kamil Korkmaz Tekirdağ 14	Solda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
40	143/63Coşkun Erol İstanbul 8	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
41	144/63Baine Öztürk Ayancık 5	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
42	155/63Handa Birpen Mazıdağ 14	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Sinus Lateralis Prombozu	Evidan V. Jugularis Lig.
43	159/63Baine Kuloğlu İstanbul 15	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan Tympanoplasti Tip IV.
44	165/63Sint Özel Niksar 16	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
45	Mustafa Acar 171/64İstanbul 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan

46	172/64	Mehmet Tarhan Boyabat 6	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
47	194/64	Sina Çaldır Zonguldak 23	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tip IV.
48	206/64	Hayriye Karaca İstanbul 7	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
49	205/64	Yaşar Sezzer İstanbul 6	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Fistülize Mastoidit	Evidan
50	209/64	Sevin Demir İstanbul 12	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
51	219/64	Dündü Şahin Ordu 4	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
52	2214/64	Harabi Yılmaz Gümüşhane 21	Solda Kr. Granulasyonlu ve Kolesteatomlu O.M. ve Paralizi Nasal	Timpanoplasti Tip IV.
53	2421/64	Can Kaya Karabük 17	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Fistülize Mastoidit	Evidan
54	232/64	Ekrem Uğur İstanbul 5	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
55	2634/64	Ayşe Çankaya Tekirdağ	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
56	200/64	Hatice Baylan İstanbul 9	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
57	2972/64	Benra Çevir Sarıyer 10	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
58	2971/64	Hasan Dinar Bairne 11	Sagda Kr. kolesteatomlu O.M.	Evidan
59	204/64	Hasan Aktardoğan İstanbul 14	Sagda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M. ve Mast. Mastoidit	Evidan
60	246/64	Metin Karaslan İstanbul 5	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
61	249/64	Hava Erdem İstanbul 5	Sagda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
62	255/64	Mehmet Hafır Cide 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
63	264/64	Gâlip Aydoğan Mesudiye 15	Sagda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
64	276/64	Edan Topçu İstanbul 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
65	268/64	Eliz Uslu İstanbul 4	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
66/269/64	269/64	Serpil Şahin İstanbul 3,5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Fistülize Mastoidit	Evidan
67	261/64	Perihan Uyşalar Giresun 7	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
68	267/64	Mine Akşahin İstanbul 5	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan



69	290/64	Şerif Okumuş İstanbul 5	Sağda 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 Lt Sinus Küretaji
74	319/64	Abdullah Uğur Antalya 6	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Meningiomas	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 Uğur Antalya 6	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Sinus Lateralis Trombozu	Evidman Sinus Küretaji
78	341/64	Ayşe Yasıcı Sakranbolu 76	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
79	6/65	Hilmiyin Kılıçık Avanoz 40	Sağda 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	Sağda 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	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
84	46/65	Güldane Şen Sivas 6	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidman
85	54/65	Bilgin Argindogan İstanbul 8	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Perisinusal Apse	Evidman
86	60/65	Nezahat Özdoğan İstanbul 19	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Distilize Mastoidit	Evidman
87	63/65	Levan Ali Yunanistan 10	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Cerebellum Absesi	Evidman Abses Drenajı
88	67/65	Sultan Yanılmaz Malatya 50	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman
89	76/65	Enver Aktaş Ayancık 10	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidman
90	80/65	Güray Sağdıç İstanbul 4	Solda Kr. Granulasyon ve Polip, Facial Paralizi	Evidman
91	97/65	Zehra Gürsoy İstanbul 9	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidman

92	97/65	Zehra Gürsey İstanbul 9	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Cerebellum Apsesi	Evidan Apse Drenajı
93	133/65	Kaya Mehmet İstanbul 3	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Ristilize Mastoidit	Evidan
94	134/65	Şaban Yıldız Kastamonu 7	Solde Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
95	130/65	Katice Yaman İstanbul 43	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Total Perforasyon	Timpanoplasti
96	144/65	Gülcan Yıldırım İstanbul 11	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
97	167/65	Hakkı Akbaba Kastamonu 11	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
98	184/65	Remziye Akınal İstanbul 5	Solde Kr. Granulasyonlu O.M. ve Ristilize Mastoidit	Evidan
99	167/65	Rıdvan Pelat İstanbul 7	Sağda Kr. Kolesteatom ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
100	213/65	Kemal Çetmi İstanbul 19	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
101	223/65	Dursun Ali Teber Samsun 4	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
102	248/65	Alaaddin Yaman Uzunköprü 13	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Extradural Apse	Evidan Apse Drenajı
103	252/65	İrken Duman Elazığ 7	Solde Kr. Granulasyonlu O.M. ve Ristilize Mastoidit	Evidan
104	266/65	Enan Yüksel Sivri 6	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Ristilize Mastoidit	Evidan
105	263/65	Hayrettin Biçer İstanbul 10	Polipli ve Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
106	270/65	Hüsnü Bozalan Babaeski 9	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
107	271/65	Fatma Keleş Rize 5	Solde Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
108	281/65	Murhan Çağlı İstanbul 7	Solde Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
109	288/65	İsmet Kaşıkçı Muğla 13	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Ristilize Mastoidit	Evidan
110	297/65	Hüseyin Büyükk Sivas 25	Solde Kr. Granulasyonlu O.M. Total Perforasyon	Evidan
111	299/65	Halit Kortak İstanbul 6	Solde Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
112	312/65	Ravi Kasap İstanbul 18	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
113	313/65	Mehmet Ötücü İstanbul 10	Solde Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Ristilize Mastoidit	Evidan
114	324/65	Barol Yılmaz İstanbul 8	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
115	342/65	Mustafa Sağızlı Erzurum 4,5	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan

116	351/65	İbrahim Erzinli Çatalca 11	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Sinus Lateralis ve Vena Jugularis Tromboflebiti	Evidan Sinus Küretajı V. Jugularis 11
117	357/65	Güldane Kep Erzincan 11	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve fistülize Mastoit	Evidan
118	365/65	Nâdir Ultaç İstanbul 11	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
119	2/66	Ertuğrul Taşpınar Konya 7	Solda Kr. Granulasyonlu ve Polipli O.M.	Evidan
120	13/66	Ayşe Yıldırım İstanbul 9	Sağda Kr. Kolesteatomlu ve Granulasyonlu O.M.	Evidan
121	39/66	Arife Kaplan İstanbul 3	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
122	40/66	Mustafa Akgül Sarıvri 6	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Evidan
123	59/66	Habia İnce Tekirdağ 6	Solda Granulasyonlu ve Koles. O.M. ve fistülize Mastoidit	Evidan
124	58/66	Ayşe Ay İnebolu 26	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
125	67/66	Nurten Öngören İstanbul 7	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M. ve Perisinüzal Apse	Evidan Drenaj
126	66/66	Bahçe Albayrak Trabzon 7	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Otojen Menenjit	Evidan
127	93/66	Ahmet Kardeş İstanbul 15	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. Mastoidit ve Perisinüzal Apse	Evidan Drenaj
128	93/66	Ahmet Kardeş İstanbul 15	Solda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan
129	105/66	Dursun Cömert Refaniye 3	Sağda Kr. Granulasyonlu ve Polipli O.M.	Evidan
130	132/66	Adile Bayhan Pötürge 37	Sağda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
131	132/66	Adile Bayhan Pötürge 37	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Evidan
132	133/66	Neriman Yılmaz Sivas 16	Solda Kr. Kolesteatomlu O.M.	Timpanoplasti Tıp IV.
133	223/65	Dursun Ali Teber Samsun 4	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M.	Evidan

#### M A S T O I D E K T O M İ

1	119/63	Ekriye Yaman İstanbul 1,5	Solda Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Mastoidektomi
2	132/63	Niyazi İğten İstanbul 8	Sağda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	Mastoidektomi
3	143/63	Bahçe 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	176/63	Zekeriya Binaere İstanbul 11	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. Ve Bezolu Apsesi	Mastoidektomi
7	179/63	Sileyman Tercan İnsanaye 10	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
8	200/63	Beride Horasan 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 Pnömo koküs Tıp III.	: :
14	262/63	Dürsüne 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	Şahar Yagiz İstanbul 6	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
17	3/64	Şerax 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 Mastüalize Mastoidit	: :
21	105/64	Yaşar Keççeler İstanbul 5	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
22	123/64	Nezahat Özler İstanbul 18	Solda Otitis Mukozus Pnömo koküs Tıp III.	: :
23	125/64	Narargül 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 Özaslan İstanbul 2	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :
27	190/64	Ali Rıllı 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 Büyükezer İstanbul 2	Solda Kr. Granulasyonlu O.M. ve Akut Mastoidit	: :

30	6196/64	Nesrin İşbecer Karklıereli 15	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. Ve Akut Mastoidit	Mastoidektomi
31	294/64	Heliat Turhan İstanbul 14	Sagda Kr. Granulasyonlu O.M. Ve Akut Mastoidit	: :
32	299/64	Şaduman Alkan İstanbul 8	Otojen Cerebellum Apsesi	: :
33	9309/64	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 Parlak 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	Nerife Güler İstanbul 11	Solda Kr. Polipli O.M. Ve Akut Mastoidit	: :
41	193/65	Zeki Anılantaş 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	86/66	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 Apse	: :
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 Gürtunca 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 Mecerasında Polip	Polibektomi
5	16280/63	Mertel Gökmen İstanbul 10	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :
6	17176/63	Hasan Erim Bolu II	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
7	16264/63	Hüjgün Tomak İstanbul 16	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :
8	18881/63	Mehmet İstek İstanbul 5	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
9	19153/63	Murhan Karnak İstanbul 23	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
10	21583/63	Muammer Korkmaz İstanbul 10	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
11	25615/63	Hayrettin Kagar İstanbul 30	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
12	15 09/64	Saadet Aktaş İstanbul 15	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :
13	1791/64	Mehmet Kardeş Kırklareli 14	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
14	2360/64	Birkan Geze İstanbul 20	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
15	2316/64	Salim Pirselim Trabzon 35	Sol Kulakta Eski Evidman ve Polip	: :
16	3300/64	Baba Kızıltan İstanbul 27	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
17	4592/64	Saima Meyenci İstanbul 14	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
18	7681/64	Sema Cenkçi İstanbul 7	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
19	13998/64	Mehmet Tarhan İstanbul 6	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
20	14091/64	Cengiz Enver Çerkeş 26	Sağ Kulak Mecerasında Polip	Polip : :
21	14852/64	Recep Turan İstanbul 19	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :
22	22250/64	Telli Darsun Rehmanlı 30	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :
23	22738/64	Osman Aydoğan Mesudiye 14	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
24	24788/64	Feridun Parlak İstanbul 8	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
25	24988/64	Birgül Aydoğan İstanbul 8	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
26	26933/64	Sabahattin Baş Araç 5	Sağ Kulak Mecerasında Polip	: :
27	26944/64	Rüben Koc Bolu 4	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :
28	26730/64	Leyla Güngören İstanbul 7	Sol Kulak Mecerasında Polip	: :

29	27724/64	Kaya Savaş Ankara 13	Sağ Kulak Meccrasında Polip	Polibektomi
30	27775/64	İkky 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	Salim Pırselim Trabzon 36	Sol Kulak Meccrasında Polip	: :
35	16584/65	Hükiye 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, 261 kulak vak'ası olup, bunlardan 48 ine mastoidektomi, 133 ine 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 18 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: 6. 36. 42. 73. 77. 116.), 3 inde Cerebellum Apsesi (Vak'a No: 8. 87. 92.), 4 tanesinde Otojen Menenjit (Vak'a No: 17. 23. 74. 126.), 3 inde Frisinusul 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.

Evidan 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 mak-  
roskopik polibin bütün mecrayı tıkadığı müşahade edilmiş, yalnız iki vak'ada  
sebep tâyin edilememiştir. Distillize mastoidit intilâli gösteren 17 vak'ada  
obstrüksiyon tevhit eden granülasyon ve polip, münhasıran aditusda ve epitim-  
panunda bulunmaktadırlar. Sinus lateralis ve V. Jugularis tromboflebiti intilâli  
gösteren 6 vak'anın 4 ünde Sinus duvarı kolesteatom tarafından tahrip edilmiş,  
3 ünde ise perisinüsual nücreler granülasyon nesici tarafından işgal edilmiş bu-  
lunmakta idi. Extradural apse ve otojen menenjit intilâli gösteren 6 vak'ada  
da kolesteatom mes'ul idi.

Mastoidektomi ameliyeti yapılması zarurati ile karşılaşılan 45  
vak'anın 40 ında granülasyon nesici epitimpanum işgal etmiş, aditus ad antrum  
veya marjinal perforasyonu tıkanmıştı. 4 ünde ise aynı zamanda polip mecrayı da  
tıkanmış bulunmaktadırlar.

Otojen menşeli intrakranien komplikasyon gösteren vak'aların çoğu  
hâkim karşısına ancak hastalıklarının bu safhasında müracaat etmiş olup, hemen  
hepsi de intrakranien komplikasyona ait; ateş, baş ağrısı, baş dönmesi, bulan-  
ıklık ve kusma, titreme, ağrı, işitme kaybı, hissi değişiklikler gibi semptomları  
bir kişiyi göstermekte idiler ve intrakranien baskısının arttığı hallerde, em-  
sallık ve Kernik; labirintitlerde, spontan nistagmus müşahade olunuyordu.  
Bu 25 vak'aya, apse drenajı, v. jugularis ligatürü ve kulak radikal operasyon-  
ları yapılmış, vefat sayısı ancak iki olmuştur.



Vak'alarda mevcut bulunan granülasyon, polip ve kolesteatomanın tehrikkâr tesirlerinin hiç bir antibiotik 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 nusûlünün intimalinin 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, intilâti önlediği tesbit ve müşahade edilmiştir.

4- Muhtelif 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 E.A.D. Pathology. 2. Edition The C.B. Mesny Company, St. Louis 1953
- 2- AUBRY M.-A. LEMARLEY, Précis d'oto-rhino-laryngologie,  
Masson, Cie Editeurs  
Libraires de L'Academie de Medecine  
120, Boulevard Saint-Germain (Paris) 1949
- 3- A. Lemaire - Assistant H. Muller, 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 E. JACKSON, Diseases of the Nose, Throat  
and Ear, W.B. Saunders Company, Philadelphia  
and London 1945
- 6- COATES, GEORGE MORRISON - HARRY P. SORENCK - H. VALENTINE MILLER  
Otolaryngology, Hagerstown, Maryland,  
W. F. Prior Company Inc. 1956
- 7- COLONEL J. E. - MURIEL RAHM, Otolaryngic Patology, Armed Forces  
Institute of Pathology 1949
- 8- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, Oto-Rhino-Laryngologie,  
18, Rue Segulier, 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,  
6, 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