



AKUT OTİTİS MEDIA

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut otitis media (AOM) orta kulak ve havalı boşluklarının süpüratif enfeksiyonudur. Sıklıkla bakteriyeldir ve etken orta kulağa nazofarenksten ulaşır. Etken çoğunlukla *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* ve 5 yaşından küçük çocuklarda *Haemophilus influenzae* 'dır.

Tanı

Öykü, fizik muayene ve özellikle otoskopi bulguları ile konur.

Öykü

- Şiddetli kulak ağrısı
- Çocuklarda ağlama ve huzursuzluk, ateş
- İşitme azlığı
- Kusma
- Kulak kepçesini kurcalama (çocuklarda)
- Geçirilmiş ÜSYE

Fizik muayene bulguları

- Ateş
- Kulak muayenesi: Bastırmakla hassasiyet, otoskopik incelemede kulak zarında kızarıklık ve bombeleşme, kulak yolunda akıntı

Laboratuvar bulguları

Hematolojik, biyokimyasal ve mikrobiyolojik inceleme önerilmez.

Tedavi

Amaç enfeksiyonun giderilmesi, orta kulak havalanmasının sağlanması, ağrının giderilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

İlaç dışı tedavi

Bol sıvı alımı ile hidrasyon sağlanmalıdır.

İlaç tedavisi

Ağrı ve ateş tedavisi	<i>Parasetamol</i>	Erişkinde 500-1.000 mg/doz, ağızdan 3-4 doz/gün, en çok 4 gr/gün Çocukta 10 mg/kg/doz, ağızdan 4-6 doz /gün, 48-72 saat verilecektir.
Antibakteriyel Tedavi	Birinci seçenek	<i>Amoksisilin</i> Erişkinde 1,5-3,5 g/gün, ağızdan 3 doz/gün, 10 gün süreyle Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan (Dirençli pnömokok olasılığı; son bir ay içinde penisilin grubu antibiyotik kullanımı, akut otitis media öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün, ağızdan) 3 doz/gün, 10 gün süreyle Penisilin alerjisi varsa ağızdan <i>eritromisin</i> ve <i>klaritromisin</i> 10 gün , <i>azitromisin</i> 5 gün süreyle
	İkinci seçenek	<i>Amoksisilin-klavulonat*</i> ağızdan 10 gün süreyle İkinci kuşak sefalosporinler (<i>sefuroksim aksetil</i>) ağızdan 10 gün süreyle

* Amoksisilin / klavulonat oranı 7/1 olmalıdır.

Çocuklarda *serum fizyolojik* kullanımı, nazal dekonjesyon ve orta kulak havalanmasına katkı sağlayabilir.

Kulağa lokal (topikal) ilaç uygulanmamalıdır.

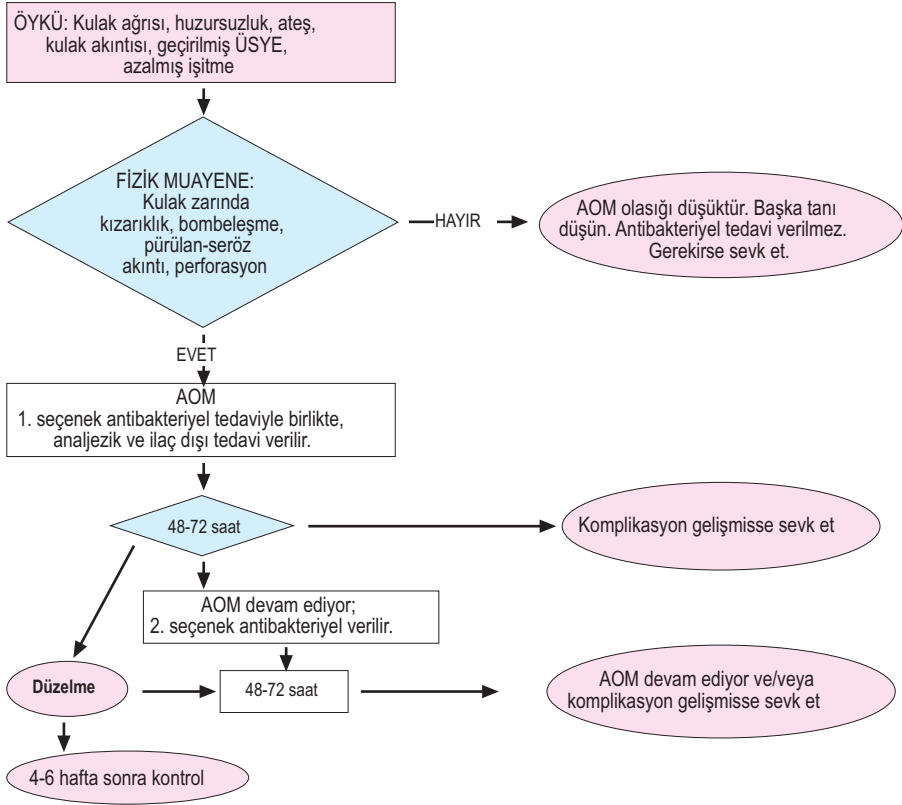
Akut otitis media şüphesi varken, buşon nedeniyle kulak zarı görülemiyorsa kulak lavajı yapılmamalıdır.

Korunma

- Viral ÜSYE sırasında nazal hava yolu açık tutulmalıdır.
- Anne sütü ile beslenme akut otitis media insidansını azaltır.
- Evde sigara içilmemesi sağlanmalıdır.
- Süt çocuklarının yatarak beslenmemesi, beslenirken yaklaşık 45 derecelik açı ile tutulmaları önerilir.

Ayırıcı tanı

- Bebekte ağlamaya bağlı kulak zarı kızarıklığı
- Çene veya diş kaynaklı ağrı (kulak ağrısına rağmen fizik muayenede kulak zarı normaldir)
- Eksternal otit
- Kronik otitis media



İzlem

Tedavi başladıktan 3-5 gün sonra otoskopik inceleme önerilir.

Kulak zarı ve işitme 4-6 hafta sonra kontrol edilmelidir.

Komplikasyonlar

Kronik otitis media, akut mastoidit ve fasiyal paralizi, menenjit gibi intrakraniyal komplikasyonlar gelişebilir.

Sevk

- Kulak zarı perforasyonu
- İkinci seçenek antibakteriyel tedaviye başlanmasından 48-72 saat sonra AOM bulgularının gerilememesi
- Altı ay içinde 3, 1 yıl içinde 4 veya daha çok sayıda AOM saptanması
- Komplikasyon gelişmesi
- Tedaviden sonraki ilk ay içinde rekürrens görülmesi
- Tedavinin başlangıcından 6 hafta sonra işitme azlığının devam etmesi durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Alho OP, Kilkku O, Oja H, Koivu M, Sorri M. Control of Temporal Aspect When Considering Risk Factors for Acute Otitis Media. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993;119:444-9.
2. Pichichero ME Acute otitis media: Part I. Improving Diagnostic Accuracy. Am Fam Physician 2000;61: 2051-6.
3. ICSI Institute for Health Care Guidelines; no.GRD05 at Institute for Clinical Systems Improvement 1999;Dec:24 p.
4. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL. Antibiotics for Acute Otitis Media in Children, Cochrane Review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
5. Flynn CA, Griffin G, Tudiver F. Decongestants and Antihistamines for Acute Otitis Media in Children, Cochrane Review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
6. Pelton SI. Otitis, Sinusitis and Related Conditions. Armstrong D, Cohen J ed. Infectious Diseases, London: Mosby, 1999:2.25.1-8.