

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Bilateral ani işitme kaybı: olgu sunumu

M.S. Tezer, C. Şahin, Ü. Tuncel, A. Titiz, A. Ünal

Bilateral sudden hearing loss: a case report

It is a seldom case, that chronic idiopathic thrombocytopenic purpura and sudden hearing loss observed together. In this paper, a case is presented about a patient, who has chronic idiopathic thrombocytopenic purpura for six years and in whom bilateral sudden hearing loss has been diagnosed.

Key Words: Chronic idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), sudden hearing loss (SHL), sensorineural hearing loss, otoimmunity, haemorrhagic diathesis.

Özet

Kronik idiopatik trombositopenik purpura ve ani işitme kaybının birlikte görülmesi nadir bir durumdur. Bu yazıda, 6 yıldır kronik idiopatik trombositopenik purpurası olan ve kendisinde bilateral ani işitme kaybı gelişimi görülen, 24 yaşındaki bir hastaya ilişkin bir olgu sunumu yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kronik idiyopatik trombositopenik purpura, bilateral ani işitme kaybı, sensorinöral işitme kaybı, otoimmünite, hemorajik diatez.

Türk Arch Otolaryngol, 2006; 44(4): 227-229

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2006; 44(4): 227-229

Giriş

Kronik idiopatik trombositopenik purpura (ITP) otoimmun nedenlere bağlı gelişen ve tanısı diğer trombositopeni yapan nedenlerin ekartasyonu ile konulan bir hastalıktır.¹ Ani işitme kaybı (AİK) üç gün ya da daha kısa sürede gelişen, birbirini takip eden üç frekans- ta 30 dB veya üzerinde sensörinöral işitme kaybıdır.²⁻⁴ Etiyolojisinde viral enfeksiyonlar, vasküler bozukluklar, travma, nörolojik, neoplastik nedenler ve otoimmünite suçlanmaktadır.³⁻⁶ Kronik ITP ile ani işitme kaybı birlikteliği literatürde bildirilmemekle birlikte, özellikle hemorajik diatez ve otoimmun orijinin ani işitme kaybı etiolojisinde rol oynadığı düşünülebilir.⁷⁻¹³ Bu yazıda kronik ITP ve bilateral ani işitme kaybı olan hastamız literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

24 yaşında erkek hasta kliniğimize, 2 gün önce başlayan bilateral işitme azlığı ve tinnitus şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde hastanın 6 yıldır kronik ITP tanısı ile izlendiği öğrenildi. Hastanın yapılan sistemik muayenesinde vücut ısısı: 37 derece, nabız: 80/dk, kan basıncı: 120/80 mmHg idi. Palpasyonda hepatomegali veya splenomegali izlenmedi. Peteşi, purpuraya rastlanmadı. Hastanın bilateral dış kulak yolu, aurikula, timpanik membranları ve diğer KBB muayeneleri normaldi. Nörolojik muayenede defisit izlenmedi.

Yapılan laboratuvar testlerinde trombosit: 65000 K/uL (150000-400000), hemoglobin: 14.9 g/dl, fibrinogen: 279 mg/dl (200-400), sedimentasyon: 14 mm/saat olarak saptandı. Kan biokimyası, akciğer grafisi normal, TORCH (toksoplazma, rubella, sitomegalovirüs, herpes simpleks) testleri negatif olarak izlendi. 0, 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 tonlarında yapılan saf ses odyometrisinde bilateral çok ileri derecede sensörinöral işitme azlığı saptandı (>80 dB). Çekilen temporal bilgisayarlı tomografisi normal olarak değerlendirildi. Ani işitme kaybının başlamasının ikinci gününde medikal tedavi olarak 2 mg/kg prednizolon, betahistin klorür 3x8 mg, pirasetam 4x3 gr iv, B kompleks (B1: 25 mg, B2: 2 mg, B12: 15 mcg, nikotinamid: 50 mg, kalsiyum pantotenat: 10 mg) vitaminleri 1x1 intra venöz (iv) olarak başlandı. Tedavi planı açısından hematoloji kliniğine konsülte edilen hastanın hastalığın aktif döneminde olmadığı trombosit değeri 50.000 K/uL üzerinde olduğundan hematolojik açıdan ek medikal tedavi başlanmadı. İki hafta medikal tedavi sonrası kontrol odyogramı çekilen hastanın işitme değerlerinde düzelme saptanmadı.

Tartışma

AİK her yaş ve her iki cinste eşit ortaya çıkmakla birlikte özellikle 30-60 yaş arası pik yapmaktadır. Görülme sıklığı yüz binde 5 ile 20 arasında değişir. İşitme kaybı %90 ünilateral olarak saptanmaktadır.

İşitme kaybı, etyolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı bir hastalıktır. Ani işitme kaybı etyolojisini açıklamak üzere başlıca 3 teori ortaya atılmıştır: Viral enfeksiyon teorisi, vasküler oklüzyon teorisi, membran rüptür teorisi.^{2,4,5} Viral enfeksiyon teorisinde kızamık, kabakulak, sitomegalovirüs, herpes simpleks virüsü

suçlanırken, vasküler oklüzyon teorisinde iç kulağın arteriyel sisteminde meydana gelebilecek iskemi, trombus, emboli yaratacak durumlar suçlanmaktadır.⁸ Membran rüptür teorisinde perilenf fistülü gelişmesi takiben vertigo ve işitme azlığı yahut kaybı geliştiği ileri sürülür. Bu teorilerin haricinde bakteriyel enfeksiyonlar (bakteriyel menenjit, labirentit, sifiliz), otoimmün hastalıklar, (otoimmün iç kulak hastalığı, poliarteritis nodosa, Cogan sendromu), nörolojik hastalıklar (multipl skleroz, migren, lateral pontomeduller sendrom), tümörler (akustik tümörler, temporal kemik metastazı yapan akciğer ve meme kanseri) travma, ototoksik ilaçlar (vinkristin), hematolojik hastalıklar (orak hücreli anemi) ani işitme kaybına yol açabilir.^{3,7,10,11} Kronik ITP kan dolaşımında trombosit düşüklüğü ile karakterize bir sendromdur.¹ Hastalığın tanısı trombositopeni yapan diğer nedenlerin (aplastik anemi, miyelodisplazi, lösemi, kemik iliği infiltrasyonu) ekartasyonu ile konur.¹ Patogenezinde trombosit membran antijenine karşı oluşan otoantikör ile kaplanan trombositlerin dalakta sekestre olması ve mononükleer fagositlerce yıkılması söz konusudur. Görülme sıklığı 6/100000 olarak bildirilmektedir.¹

Otoimmunitenin suçlandığı romatolojik hastalıklarda (romatoid artrit, Sjögren) iç kulak hastalıkları daha sık görülür.^{12,13} Kronik ITP'de bir otoimmün hastalık olduğundan hastamızda gelişen AİK'nın etyolojisinde otoimmün iç kulak hastalığının rol oynadığı düşünülebilir. Romatolojik hastalıklarda gelişen işitme kayıpları bizim olgumuzda olduğu gibi genellikle bilateraldir ve bizim hastamızda da bilateral işitme kaybı olması otoimmüniteyi desteklemektedir. Buna ek olarak hemorajik diatez de bir etken olarak düşünülebilir. Kronik ITP ile ani işitme kaybı birlikteliği literatürde bildirilmemekle birlikte özellikle hemorajik diatez ve otoimmün orijin neden sonuç ilişkisi içerisinde ani işitme kaybı etyolojisinde rol oynayabileceği düşünülebilir.

Sonuç olarak kronik ITP trombositopeni ile seyreden otoimmün bir hematolojik bozukluk olup ani işitme kaybı etyolojisinde göz önünde tutulmalı ve ITP tanısı ile takipte olan hastalarda işitme yönünden uyanık olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Sandler SG, Tütüncüoğlu SO. Immune thrombocytopenic purpura - current management practices. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5: 2515-27.

2. **Sauvaget E, Kici S, Petelle B, Kania R, Chabriat H, Herman P, Tran Ba Huy P.** Vertebrobasilar occlusive disorders presenting as sudden sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 2004; 114: 327-32.
3. **Kalcıoğlu MT, Kuku I, Kaya E, Öncel S, Aydoğdu I.** Bilateral hearing loss during vincristine therapy: a case report. *J Chemother* 2003; 15: 290-2.
4. **Reichel O, Panzer M, Wimmer C, Duhmke E, Kastenbauer E, Suckfull M.** Prognostic implications of hemoglobin levels before and after surgery as well as before and after radiochemotherapy for head and neck tumors. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003; 260: 248-53.
5. **Toyoda K, Hirano T, Kumai Y, Fujii K, Kiritoshi S, Ibayashi S.** Bilateral deafness as a prodromal symptom of basilar artery occlusion. *J Neurol Sci* 2002; 193: 147-50.
6. **Uppal HS, Ayshford CA, Wilson F.** Sudden onset bilateral sensorineural hearing loss: a manifestation of occult breast carcinoma. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 907-10.
7. **Veling MC, Windmill I, Bumpous JM.** Sudden hearing loss as a presenting manifestation of leukemia. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 954-6.
8. **Ünal M, Katurcioğlu S, Karatay MC, Süoğlu Y, Erdamar B, Aslan I.** Sudden total bilateral deafness due to a symptomatic mumps infection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 45: 167-9.
9. **Fetterman BL, Luxford WM, Saunders JE.** Sudden bilateral sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 1996; 106: 1347-50.
10. **Kataoka H, Takeda T, Nakatani H, Saito H.** Sensorineural hearing loss of suspected autoimmune etiology: a report of three cases. *Auris Nasus Larynx* 1995; 22: 53-8.
11. **O'Keeffe IJ, Maw AR.** Sudden total deafness in sickle cell disease. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 653-5.
12. **McCabe BF.** Autoimmune sensorineural hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1979; 88: 585-9.
13. **Veldman JE, Roord JJ, O'Connor AF, Shea JJ.** Autoimmunity and inner ear disorders: an immune-complex mediated sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 1984; 94: 501-7.

İletişim Adresi: Dr. Mesut Sabri Tezer
Iran Cad. Turan Emeksiz Sok. Kent Sitesi
A Blok No: 5/14
Gaziosmanpaşa 06700 ANKARA
Tel: (0312) 467 89 40
Faks: (0312) 468 23 03
e-posta: mtezer2000@yahoo.com