

**ERİŞKİN KULAK MİYAZI**

AURAL MYIASIS IN ADULT PATIENT

Otoloji

Başvuru: 09.04.2019

Kabul: 17.05.2019

Yayın: 17.05.2019

**Murat Doğan<sup>1</sup>, Gülizar Ünal Yılmaz<sup>2</sup>, Fatmanur Yıldırım<sup>1</sup>, Mustafa Şahin<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi<sup>2</sup> Manisa Salihli Devlet Hastanesi**Özet**

Kulak miyazı sinek larvalarının kulağa yerleşmesi sonucu oluşan nadir görülen bir paraziter hastalıktır. Genelde kişisel hijyenin yetersiz olduğu kişilerde ve mental retarde çocuklarda görülür. Basit bir otolojik muayene ile tanı konulup tedavi edildiğinde etkili sonuç alınabilmektedir. Yapılan erken müdahaleler ile muhtemel major komplikasyonların önüne geçilebilmektedir. Biz burada kişisel hijyeni bozuk olan dış ve orta kulakta larvaların olduğu hastada erken müdahale ile oluşabilecek intrakranial komplikasyonların önlenildiği bir vakayı tartıştık.

**Anahtar kelimeler:** Miyazis, otore kronik otitis media**Abstract**

Aural myiasis, the infestation of ear by fly larvae, is a rare parasitic disease of humans. The disease is more frequent in mentally retarded children and people with poor hygiene habits. The larvae detected with an easy otological examination, an appropriate treatment gives pleasing results. Early diagnosis of the disease can prevent major complications. In our case, we discussed a patient with living larvae on external and middle ear, lack of personal hygiene and prevented possible intracranial complications after early and efficient treatment.

**Keywords:** Myiasis, otorrhea chronic otitis media**Giriş**

Miyaz, insanlardahil birçok omurgalı canlıda sinek larvalarının yerleşmesi ile oluşan bir paraziter enfeksiyondur. Enfeksiyona neden olan türler: rastlantısal, fakültatif yada zorunlu yerleşim gösteren parazitler olabilmektedir [1,2]. Miyaz etkenleri sinekler çoğunlukla Calliphoridae, Sarcophagidae, Oestridae ve Muscidae ailelerinde yer almakta olup hastalık, yumurtaların veya birinci dönem larvaların deriye bırakılmasıyla meydana gelmektedir. Çevre dokuyla beslenerek büyüyen larva pupaya dönüşebilmekte ve kutanöz ülser ve alerjik reaksiyonlara sebep olabilmektedir [3].

Bu sinek larvalarının kulağa yerleşmesi ile olan enfeksiyona otomiyazis denir. Nadir görülen bir enfeksiyon çeşidi olmakla birlikte kulağı tutması beyne penetresyon açısından önemlidir. Beyine penetrasyon olması durumunda fetalite oranı yaklaşık %8 dir [1,2,4]. Sıklıkla çocuklarda ve mental retarde erişkinlerde görülür. En çok tanımlanan ajanlar Sarcophagidae ailesindedir. Türkiye, İsrail ve Uzak-Orta doğuda daha sık rastlanan etken Wohlfahrtiamagnifica türüdür [5,6].

Otomiyazis iki yolla oluşur. Birincisi sineklerin yumurtalarını kulak üzerine bırakması ve kulağın iç tarafına doğru ilerleyerek larva formuna dönüşmesi yaygın olarak kabul gören görüştür. Bir başka görüşte yumurtaların başka bir yere bırakılması ve ardından herhangi bir nedenle kulağa transferi sonrası oluştuğudur [1].

Burun ve kulakların tutulumu sonucu intrakranial yayılım olasılığı diğer lokalizasyonlara göre daha sık görülebileceği belirtilmektedir fakat fatal olarak bildirilen bir vaka literatürde saptanmamıştır. Yapılan erken müdahaleler ile oluşabilecek major komplikasyonların önüne geçilebilmektedir. Biz de bu vakada erken dönemde tanı konulan ve tedavi edilen hastamızda hastalığın herhangi bir komplikasyona sebep olmadan tedavi edilmiş olmasını literatür eşliğinde sunmaktayız.

## Olgu Sunumu

Otuz beş yaşında hayvancılıkla uğraşan bayan hasta sağ kulağında kulak içine girip çıkarak hareket eden nesne, kulakta akıntı ve şiddetli kulak ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın dış görünümü sosyoekonomik düzeyi ile uyumlu, öz bakımı yetersiz olarak izlendi. Hastanın şikayetleri 2-3 gündür mevcut olduğu fakat kulağında hareket eden nesne görünce acile başvurduğu öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ dış kulak yolunu tamamen tıkayan, dış kulağı genişleten hareketli larvalar ve sekresyon görüldü (Şekil 1).



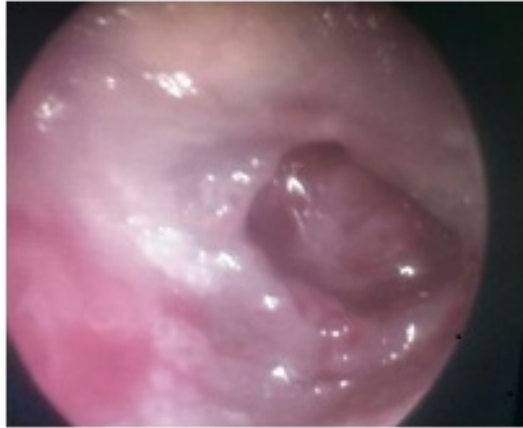
Şekil 1 : Dış kulak yolunda larvalar

Larvalar dış kulak yolundan mekanik olarak alligatör ve penset yardımı ile temizlendi. Larvalar 10-15mm uzunlukta sarı beyaz renkte kalın gövdeli ve canlı olarak izlendi (Şekil 2).



Şekil 2 : Çıkarılan larvaların makroskopik görünümü

Mekanik temizlik yapıldıktan sonra dış kulak yolunun genişlemiş olduğu izlendikten sonra serum fizyolojik ile irriye edildi ve sekresyonlar aspire edildi. Kulak zarının perfore olduğu görüldü ve orta kulak boşluğunda canlı larvalar izlendi, orta kulak kavitesindeki larvalar temizlendikten sonra timpanikmembranın santral perfore olduğu görüldü (Şekil 3).



**Şekil 3** : Larvalar çıkarıldıktan sonra perfore timpanik membran

Hastanın nazal ve orofarenks muayenesi doğal olarak izlendi. Hastaya ek medikal tedavi verilmeden mekanik temizlik ve irrigasyon yapıldı. Hastadan temporal bilgisayarlı tomografi istendi. Tomografide herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Larva yumurta kalmış olma ihtimalinden dolayı ilk bir ay haftada bir kontrollere çağrıldı, sonrasında ayda bir 6 aya kadar takibi yapılarak larva olmadığı izlendi. Olgumuzda çıkarılan larvalar %70 alkol içerisinde fikse edildikten sonra steromikroskop altında incelendi.

Dişi miyaz sinekleri küçük ve beyazımsı yumurtalarını dokulara bırakmakta olup yumurtadan çıkan larvanın bu aşamada tespiti oldukça zordur. Hızla büyüyen larvalar 24 saat içinde 8 mm boyuna ulaşmakta ve erişkin hale gelmeleri yaklaşık 10 gün sürmektedir. Larvaların temel morfolojik özellikleri: 12 segmentli vücut yapısı, ağız kısmında çengeller, iki tane solunum deliği (stigma) ve küt bir şekilde sonlanan arka kısımda anüs olarak sıralanmaktadır [7]. Miyaz larvalarının morfolojik özellikleri hastalık etkeni türün belirlenmesinde önem taşımaktadır. Bununla birlikte türlerin ayırımında en ideal tanı yönteminin çığ et veya uygun besi yerleri kullanılarak larvanın erişkin hale getirilmesi olduğu bildirilmektedir [3].

## Tartışma ve Sonuç

Miyaz çeşitli predispozan sebepler ile ortaya çıkan bir paraziter enfeksiyondur. Vakaların çoğunlukla kişisel bakımı bozuk, kırsal kesimde yaşayan, sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler olduğu görülmüştür. Diabetes mellitus, mental retarde, immobil, açık yaralı, çocuk hastalarda erişkinlere oranla daha sık görülmektedir. Miyaz ihmal edilmiş kronik otitte kişisel bakımın yetersiz olduğu durumlarda da ortaya çıkabilir. İmmobil bir hastada miyaz etkeni erişkin sinekler larvalarını doğal açıklıklara, açık yaralara ve cilde bırakabilir [1]. Bizim hastamız kişisel hijyeni, bakımı ve sosyoekonomik düzeyi düşük, kırsal alanda yaşayan, mental retarde olmayan erişkin bayan hastadır.

Miyazis vakaları tuttıkları yerlere göre çeşitlilik göstermekte ve isimlendirilmektedir. Hastalık vücutta esas olarak kutanöz dokuyu, vücut boşluklarını ve organları tutabilir. Sinek yumurtalarını insanda anatomik yerleşime göre ve tutulan dokunun yapısına bağlı olarak sınıflandırılabilir. Anatomik bölgeler baz alınarak yapılan sınıflandırma kutanöz (sağlam deri ve derialtı miyazı, yara miyazı), eksternal açıklık miyazı(aural, oküler, oral, nazal, anal ve vajinal) ve internal organ miyazı (intestinal ve üriner) olmak üzere üçe ayrılır [1-6].

Hastalar başvuruda daha çok otalji, otore, işitme kaybı, kanama, kaşıntı, mekanik ses, tinnitus ve kulak zarında perforasyon ile gelebilirler [8]. Bizim hastamız da şiddetli otalji, kısmı hemorajik akıntı ve kulakta hareketli cisim şikayetiyle başvurdu.

Aural miyazlı hastalara tedavide ilk olarak larvaların mekanik temizliği yapılır. Sonrasında kulak zarının perfore olup olmamasına göre serum fizyolojik, etanol, üre, kloroform, ivermektin gibi maddelerle temizlenmesi önerilmektedir. Bir çok hastada mekanik temizlik yeterli olmaktadır fakat ek olarak bazen cerrahi olarak mastoidektomi gerekebilir, sekonder enfeksiyonları önlemek için bu tedaviye ek olarak sistemik veya topikal antibiyotik, steroid tedavisi önerilir [9,10]. Hastaların şikayet durumuna göre işitme testi yapılabilir. Tedavisi ivedilikle ve düzgün yapılmaz ise aurikulanın selülitine, perikondrite, kronik otite, kemik destrüksiyonuna, işitme kaybına ve intrakranial yayılım(menenjit) hatta ölüme neden olabilir. Destrüksiyonu mekanik olarak yada kollejenaz salgılayarak olabilir [11,12]. Hastanın hem kulak durumu açısından hemde komplikasyonlar açısından bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesi önerilir [13].

Ibrahim Al Jabr 12 yaşında mental retardasyon öyküsü olmayan erkek bir hastada görülen aural miyazis olgusunu sunmuşlardır. Mekanik temizlik sonrası hastayı profilaktik amaçlı antibiyotik ve analjezik ile takip etmişlerdir [14]. Hatten ve ark., 44 yaşında daha önce herhangi bir kronik otit hastalık öyküsü bulunmayan kadın hastayı sunmuşlardır. Tropikal bir bölgeye seyahat sonrası şikayetleri olan hastaya çektikleri BT de epitimpanium, hipotimpanium ve mezotimpaniumun çok sayıda larvaya bağlı yumuşak doku dansitesiyle dolu olduğunu izlemişlerdir [15]. Cerrahi olarak anestezi altında dış kulak cildi altında bile olan larvaları temizlemişler ve postop 6. ayda perfore olan zar için timpanoplasti operasyonu yapmışlardır.

Bizim vakamızda larvalar dış kulak yolunda ve orta kulakda izlendi. Orta kulaktaki larvalar perfore zardan çıkarıldı. Bu tür vakalar olası bir intrakranial komplikasyon için risk oluşturmaktadır. Basit bir mekanik temizleme ve salin ile irrigasyon tedavi için yeterli oldu. Oral yada topikal ek tedavi verilmedi. Bu sayede hastada olası oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmiş oldu.

Sonuç olarak kulak miyazisi yaygın bir hastalık değildir. Kişisel hijyenin bozuk olduğu ve mental retarde kişilerde ortaya çıkan bir enfeksiyondur. Zamanında müdahale edildiğinde yüz güldürücü sonuçlar alınırken müdahalenin yapılmadığı yada geç kalındığı durumlarda ciddi intrakranial komplikasyonlara neden olabilir. Literatürde kulak kaynaklı intrakranial yayılım olacağı bahsedilmiş olsada kulak miyazisine bağlı rapor edilen ölüm vakası saptanmamıştır. Muayene ile rahatça tanı konulabilen ve yapılan basit müdahalelerle tedavi edilebilen fatal olabilecek komplikasyonların önüne rahatça geçilebilecek bir enfeksiyondur. Toplumda belli bölgelerde alınacak sosyal önlemler vekişisel hijyenin artırılması ile enfeksiyon önüne geçilebilir.

## Kaynaklar

1. Yuca K, Caksen H, Sakin YF, Yuca SA, Kiris M, Yilmaz H, et al. Aural myiasis in children and literature review. *Tohoku J Exp Med.* 2005;206:125-30.
2. Güler S, Sağıt M, Sarı K, Somdaş MA. Kronik Otitis Media Zemininde Aural Miyazis: Olgu Sunumu. *KBB ve BBC Derg.* 2011;19(3):172-5.
3. Francesconi F, Lupi O. Myiasis. *Clin Microbiol Rev.* 2012;25(1):79-105.
4. Noutsis C, Millikan LE. Myiasis. *Dermatol Clin.* 1994;12:729-736.

5. Uzun L, Çınar F, Beder LB, Aslan T, Altıntaş K. RadicalMastoidectomycavity myiasis byWohlfahrtiamagnifica. J.Laryngol. Otol. 2004;118:54-56.
6. Ciftcioglu N, Altintas K, Haberal M. A case of humanorotracheal myiasis causedbyWohlfahrtiamagnifica. ParasitolRes. 1997;83: 34-36.
7. Daldal N, Atambay M. Myiasis. Özcel'in Tıbbi Parazit Hastalıkları içinde. (Editör: Özcel MA). Türkiye Parazitoloji Derneği Yayınları, Yayın No: 22, İzmir: 2007, sayfa: 867-872.
8. Bayındır T, Miman Ö, Miman MC, Atambay M, Şaki MC. BilateralAural Myiasis (Wohlfahrtiamagnifica): A Case withChronicSuppurativeOtitis Media. Türkiye Parazitoloji Derg. 2010;34(1):65-67.
9. Kahane J, Longworth C, Dickson C, Ng M. Mastoid Cavity Myiasis: A Case Report and Review of the Literature. Otol Neurotol. 2019 Apr 24.
10. Jervis-Bardy J, Fitzpatrick N, Masood A, Crossland G, Patel H. Myiasis of the ear: a review with entomological aspects for the otolaryngologist. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015;124(5):345-50.
11. Cho JH, Kim HB, Cho CH, Huh S, Ree HI. An aural myiasis case in a 54-year-old malefarmer in Korea. TheKorean J Parasitology. 1999;37(1):51-53.
12. Olatoke F, Afolabi OA, Lasisi OA, Alabi BS, Aluko AA. Aural myiasis: Case reportfromNigeria. International J of PediatricOtorhinolaryngologyExtra. 2011;6:233-234.
13. Gour S, Ramesh G, Kumar V, Thapliyal GK, Nagarajappa R. Cavitory myiasis and its management. J Exp Ther Oncol. 2018 May;12(3):211-216.
14. Ibrahim Al Jabr. Case Report Aural Myiasis, a Rare Cause of Earache. Case Reports in Otolaryngology Volume 2015, Article ID 219529, 1-3.
15. Hatten K, Gulleth Y, Meyer T, Eisenman DJ. Myiasis of theexternalandmiddleear. AnnOtolRhinolLaryngol. 2010 Jul;119(7):436-8.