

Presternal ödem ile gelen bir kabakulak vakası

Yelda Türkmenoğlu¹, Sema Büyükkapu², Nedim Samancı³

Sağlık Bakanlığı Bezm-i Alem Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi ¹Pediatrici Uzmanı, ²Pediatrici Asistanı, ³Pediatrici Doçenti

SUMMARY: Türkmenoğlu Y, Büyükkapu S, Samancı N. (Department of Pediatrics, Ministry of Health Bezm-i Alem Vakıf Gureba Education Hospital, Istanbul, Turkey). A case of mumps with presteral swelling. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 39-41.

Mumps may be seen with meningoencephalitis, pancreatitis and epididymo-orchitis. During the course of mumps, presteral swelling or edema is a rare finding. Edema of the cervical and thoracic region is generally a life-threatening condition, but presteral edema accompanying mumps infection is a benign condition; it disappears spontaneously and without any treatment. Sometimes a patient may be misdiagnosed as presteral cellulitis. The importance of a correct diagnosis is to prevent unnecessary treatment.

Key words: mumps, presteral swelling, presteral edema.

ÖZET: Kabakulak meningoensefalit, pankreatit ve epididimoorşit ile beraber görülebilen bulaşıcı bir hastalıktır. Kabakulak seyri sırasında presteral ödem veya şişlik görülmesi ise az rastlanılan bir bulgudur. Genellikle boyun ve göğüs bölgelerinde oluşan ödemin yaşamı tehdit edebileceği bilinen bir durumdur, ancak kabakulakla beraber oluşan presteral ödem kendiliğinden ve tedavi verilmeden kaybolur. En sık presteral sellülitte karışabilir. Bu enfeksiyonla ayırıcı tanı yapılması ise hastaya gereksiz tedavi verilmesini önleyecektir.

Anahtar kelime: kabakulak, presteral ödem, presteral şişlik.

Epidemik parotit olarak bilinen kabakulak genellikle çocukluk yaş grubunda görülen tükürük bezlerinin iltihabıyla karakterize sistemik viral bir enfeksiyondur. Meningoensefalit, pankreatit, epididimoorşit, ooforit ve troidite kabakulak seyri sırasında daha sık rastlanmasına rağmen presteral ödem seyrek görülür. Ayrıca kabakulak komplikasyonları olarak hepatit, artrit, diyabet, hematolojik bozukluklar ve sağırılık sayılabilir¹. Aşılama ile bu komplikasyonları önlemek mümkündür. Az rastlanılan bir durum olması nedeniyle presteral ödemle gelen bu kabakulak vakasını sunmak istiyoruz.

Vaka Takdimi

Altı yaş kız hasta acil polikliniğimize boynunda ve göğsünde şişlik nedeniyle getirildi. Öyküsünden dört gün önce kabakulak tanısı konulduğu, ancak bir gün önce başlayan, boyuna ve göğüse yayılan şişme olduğu öğrenildi. Dispnesi olmayan hastanın bilateral parotis ve submandibuler tükürük bezlerinde şişlik, duyarlılık; Stenon kanalı ağzında eritem

ve presteral bölgede ödem saptandı (Şekil 1), diğer muayene bulguları normaldi. Hemoglobün 10.8 gr/dl, hematokrit %31, lökosit sayısı 4600/mm³, trombosit sayısı 217.000/mm³ ve serum amilaz 2712U/L idi. Akciğer ve boyun grafileri de normal olarak değerlendirildi. ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) yöntemi ile bakılan kabakulak IgM pozitif bulundu. Tedavi verilmeden izleme alınan hastanın bir gün sonra presteral ödeminin, aynı zamanda parotis ve submandibuler bezlerdeki genişlemenin azaldığı gözlemlendi. Presternal ödemin iki gün sonra, tükürük bezlerindeki şişmenin ise üç gün sonra tam olarak düzeldiği görüldü.

Tartışma

Boyun ve göğüs bölgesindeki şişlik veya ödem genellikle solunum yollarında obstrüksiyona yol açan ve yaşamı tehdit eden durumlarda karşımıza çıkar. Boyunda ödeme neden olanlar arasında difteri, derin servikal bölgelerin enfeksiyonu, herpetik stomatit, superior vena



(a)



(b)

Şekil 1. Presternal bölgede şişlik.

kava sendromu ve anazarka sayılabilir. Bazen o bölgede yerel kistik higroma da benzer görüntüye neden olabilir. Yüze, boyna, omuzlara ve gövdeye yayılan pnömomediastinum sekonder sübkutanöz amfizemde de şişlik vardır, ancak bu bölgelerde palpasyonda krepatasyon alınır².

Sol klavikula üzerinde lokalize bronkojenik kistin de presternal ödeme neden olduğu bildirilmiştir³. Atasoy ve arkadaşları⁴ tüberküloza bağlı bir sternal osteomyelit bildirmişlerdir⁴. Brusella melitensis'e bağlı tekrarlayan bir epidermoid kistte de presternal şişlik görülmüştür⁵. Ancak çoğunlukla median sternotomi sonrasında, enfeksiyonun diğer bulgularından önce görüldüğü kardiyovasküler cerrahlar tarafından tartışılmaktadır^{6,7}.

Kabakulak ile beraber presternal ödem veya şişlik %2.5-6 oranında bildirilmektedir^{8,9}. İlk defa Gellis ve Peters⁸ erişkinlerde bu oranı %6 olarak bildirmişlerdir. İsrail'de ise 1987'de epidemik parotit enfeksiyonu sırasında

yatırılarak izlenen 80 çocuğun yalnızca ikisinde (%2.5) presternal ödem saptanmıştır⁹. Bu salgında meningoensefalit, serebellar ataksi, transvers miyelit, artrit, orşit, sağırılık ve presternal ödem nedeniyle yatırılan çocuklardan birinde kalıcı sağırılık gelişmiştir. İsrail'de bu kadar çok çocuğun kabakulak komplikasyonları nedeniyle yatırılması sonucunda kabakulak aşısı rutin uygulamaya girmiştir¹⁰.

Presternal şişlik genellikle tükürük bezi genişlemesinden birkaç gün sonra görülür, hastalığın düzelmesinden hemen sonra geriler. Presternal ödemin disfaji, horlama ve yerel hassasiyet dışında başka bir rahatsızlık oluşturmadığı bildirilmiştir⁹. Bizim hastamızda da tükürük bezlerinin genişlemesinden üç gün sonra presternal ödem başlamış ve onların küçülmesiyle azalmıştır, hastamızda ise yerel hassasiyet dışında başka bir yakınma olmamıştır.

Kabakulak geçiren bir hastada presternal ödemin meydana geliş nedeninin tükürük bezlerinin genişlemesine bağlı olarak anterior süperior

göğüs duvarı lenfatik drenajının obstrüksiyonu sonucu oluştuğu tahmin edilmektedir. Bu obstrüksiyonun ortadan kalkmasıyla presternal ödem hiçbir tedavi verilmeden gerilemektedir⁹⁻¹¹. Hastamızda da benzer şekilde tedavi verilmeksizin yakınmasının gerilediği gözlenmiştir.

Kabakulakla beraber olan presternal bölgedeki şişlik diğer presternal ödeme neden olan durumlardan farklı olarak tedavisiz düzelmektedir. Bu tanının önemi kendiliğinden düzelebilecek bir durum için ailelere bilgi verilmesi ve gereksiz tedavilerin önlenmesidir.

KAYNAKLAR

1. Katz SL, Gershon AA, Hotez PJ. Krugman's Infectious Disease of Children (11th ed). Philadelphia: Mosby, 2004: 391-401.
2. Green M. Pediatric Diagnosis.(6th ed). Philadelphia: WB Saunders, 1998: 63-64.
3. Yu HJ, Kwon HM, Pank JW, Hwary DK, Ahn DK, Pank YW. A case of cutaneous bronchogenic cyst over the left scapula. J Dermatol 2001; 28: 572-575.
4. Atasoy C, Öztekin PS, Özdin N, Sak SD, Erden I, Akyar S. CT and MRI in tuberculous sternal osteomyelitis: a case report. Clin Imaging 2002; 26: 112-115.
5. Dhar R, Dhar PM, Galoor M. Recurrent epidermal cyst infection caused by Brucella melitensis in a diabetic patient. J Clin Microbiol 1998; 26: 1040-1041.
6. Snow N, Gerding R, Hurrigan TP, Fratianne LB. Coverage of the open sternotomy wound with Bibrane dressing. J Thorac Cardivasc Surg 1987; 94: 914-916.
7. Goodman LR, Kay HR, Teplick SK, Mudth ED. Complications of median sternotomy: computed tomographic evaluation. AJR Am J Roentgenol 1983; 141: 225-230.
8. Gellis SS, Peters M. Mumps with presternal edema. Bull Johns Hopkins 1944; 75: 241.
9. Garty B, Danon YL, Nitzan M. Presternal swelling in mumps. Cutis 1987; 39: 149-150.
10. Nussinovitch M, Volovitz B, Varsano I. Complications of mumps requiring hospitalization in children. Eur J Ped 1995; 154: 732-734.
11. Nussinovitch M, Garty BZ, Varsano I. Case of the month: a boy with presternal swelling. Eur J Pediatr 1996; 155: 911-912.