

## Ayın Olgusu

Gürkan Altun, Safa Alhaj, Esra Özek, İsa Özyılmaz, Gülcan Seymen, Halit Çam

**Olgu:** Yedi yaşında erkek hasta göz kapağında, yüzde, boyunda ve göğüste şişlik nedeniyle Acil servisimize başvurdu. Hikayesinden iki gün önce sağ yanakta şişlik daha sonra her İki göz kapağında, yüzünde ve göğüs ön yüzünde belirgin şişme geliştiği öğrenildi. Fizik muayenede genel durum iyi, parotis bezinde şişlik ve duyarlılığın yanı sıra her iki göz kapağında, yüzde, boyunda ve göğüs ön duvarında belirgin ödem saptandı (Resim 1). İki taraflı stenon kanalının açıldığı bölgede hiperemi saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Laboratuvar bulgularında lökosit:10 300/mm<sup>3</sup>, Hemoglobın:12,7gr/dl, trombosit: 283 000/mm<sup>3</sup>, amilaz: 646 IU/L (25-125), ELİSA (enzyme-linked immunosorbant assay) yöntemi ile kabakulak IgM pozitif saptandı. Boyun ultrasonografide (USG), parotis ve submandibular bezlerde ödem (siyaloadenit) ayrıca yüz, boyun ve göğüs ön duvar cilt ve cilt altı yağlı alanlarda ödem bulundu.

Hastaya klinik ve laboratuvar bulgular ile kabakulak tanısı konuldu.

Vena kava superior ayrıncı tanısı açısından dopler USG'de venöz sistemin açık olduğu görüldü. Deri üzerinde kızarıklık, ısı artışı olmadığı için selülit olarak düşünülmedi. Ödem görüntüsü hastalığın seyri sırasında görülen nadir komplikasyon olarak değerlendirildi. Tedavi verilmeden izlenen hastanın ödeminin iki gün içinde belirgin azaldığı ve üçüncü günde ise tamamen gerilediği görüldü (Resim 2).



Resim 1:



Resim 2:

İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Yazışma adresi:** İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Tel: 0505 279 72 45

e-mail: altungurkan@yahoo.com

Alındığı tarih: 27. 07. 2006 , kabul tarihi: 12. 10. 2006

*Resim 1: Başvuru anındaki görünüm.*

*Resim 2: Başvurudan üç gün sonraki görünüm.*

### **Tanı-tartışma**

*Göz kapağı, yüz ve presternal ödem ile başvuran nadir kabakulak olgusu*

Kabakulak tükürük bezlerinin enflamasyonu ile belirgin akut viral bir enfeksiyondur. Çoğunlukla komplikasyona yol açmadan iyileşebilmektedir. En sık rastlanan komplikasyonu meningoensefalittir. Daha az olarak epididimoorşit, pankreatit, miyokardit, tiroidit ve kalıcı sağırılığa neden olabilmektedir. Literatürde kabakulak seyri sırasında daha önceden nadir olarak tanımlanmış olan presternal ödem olmasına rağmen ağrısız göz kapağı şişliği tanımlanmamıştır (1).

Akut başlangıçlı baş, boyun ödemi genellikle yaşamı tehdit eden nedenler ile beraber olabilmektedir. Özellikle bu tür hastalarda vena kava superior sendromu, anjiyoödem ve hızlı ilerleyen deri, derialtı enfeksiyonları akılda tutulmalıdır (2). Kabakulak sonrası presternal ödem sıklığı %2,5-6 oranında bildirilmektedir (3,4). İlk defa Gellis (3) tarafından bildirilmiştir. Bu nedenle "Gellis sings" olarak anılmaktadır. Klinik olarak akut başlangıçlı olması nedeniyle diğer nedenlerden ayırt edilmelidir. Yaygın boyun ödemi bölgesel selülit ile karışabilmektedir. Ancak kabakulak olgularının genel durumunun iyi olması, beraberinde deride kızarıklık, ısı artışı olmaması ayırıcı tanının yapılmasında önemlidir (1).

Kabakulak ile beraber göz kapağı tutulumu ise daha

önceden dakriyoadenite ikincil olarak bildirilmiştir (5,6). Olgumuzda göz kapağı üzerinde kızarıklık ve gözyaşı bezi bölgesindeki deride hiperemi olmaması nedeniyle dakriyoadenit düşünülmedi. Kabakulak seyri sırasındaki göz kapağı şişliği, yüz ve boyun ödemi, tükürük bezlerini genişlemesine ikincil göğüs ön-üst duvarı lenfatik akışın tıkanması sonucu oluştuğu düşünülmektedir (1). Olgumuzda göz kapağı ve yüz ödemi parotitten iki gün sonra ortaya çıkmıştır. Tedavisiz üç gün sonra tamamen iyileşmiştir.

Sonuç olarak, kabakulak sırasında nadir de olsa bu tür komplikasyonların meydana gelebileceği düşünülerek gereksiz tetkik ve tedaviden kaçınmak için olgunun sunulması amaçlandı.

### **Kaynaklar**

1. Behrman R, Kliegman R, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 1391-2.
2. Green M, Leis PW. Pediatric Diagnosis. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998: 19- 20.
3. Gellis SS, Peter M. Mumps with presternal edema. Bull Johns Hopkins 1944; 75: 241.
4. Garty B, Danon YL, Nitzan M. Presternal swelling in mumps. Cutis 1987; 39: 149- 50.
5. Krishna N, Lyda W. Acute suppurative dacryoadenitis as a sequel to mumps. Am Arch Ophthalmol 1958; 59: 350-1.
6. Paufique J, Hugonnier, Garde. Dacryoadenitis and unilateral paralysis of the elevator muscles due to mumps. Bull Soc Ophthalmol Fr 1955; 9: 695-7.