



# Idiopathic Unilateral Paralysis of the Palate in a Child: a Case Report

## Bir Çocukta İdiopatik Tek Taraflı Damak Paralizisi: Bir Olgu Sunumu

Sedat Işııkay, Onur Balcı, Kutluhan Yılmaz

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

### ABSTRACT

Unilateral isolated paralysis of the soft palate is a rare clinical entity. Typical clinical features are sudden onset, rhinolalia, and nasal escape of fluids from the ipsilateral nostril. This disorder suggests a viral etiology, affects mainly male children at the ages of 2 to 3 years, and resolves spontaneously. We describe the case of a 7-year-old boy who presented with acute dysphagia, nasal voice and liquid regurgitation to the nose. All the complementary studies, including magnetic resonance and viral serology tests, were normal. No treatment was administered, and his symptoms improved spontaneously. In conclusion, paralysis of the soft palate should be considered in patients with acute dysphagia, rhinolalia and liquid regurgitation to the nose.

**Keywords:** Paralysis of the palate, rhinolalia, dysphagia, child

**Received:** 17.01.2011 **Accepted:** 01.03.2011

### ÖZET

Tek taraflı izole yumuşak damak felci nadir bir klinik durumdur. Tipik klinik özellikleri ani olarak başlaması, rinolali ve tek taraflı burun deliğinden nazal sıvı kaçağı olmasıdır. Bu hastalıkta viral bir etiyoloji düşünülmekte olup sıklıkla 2-3 yaşları arasında erkek çocuklar etkilenmekte ve kendiliğinden düzelmektedir. Biz akut disfaji, nazal konuşma ve buruna sıvı regürjitasyonu olan yedi yaşında bir erkek olguyu sunuyoruz. Olgunun magnetik rezonans ve viral serolojik testler gibi tamamlayıcı çalışmalarının tümü normaldi. Olguya herhangi bir tedavi verilmedi ve semptomları kendiliğinden iyileşti. Sonuç olarak, bizim olgumuz gibi akut disfaji, nazal konuşma ve buruna sıvı kaçağı olan olgularda yumuşak damak felci akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Damak felci, rinolali, disfaji, çocuk

**Geliş Tarihi:** 17.01.2011 **Kabul Tarihi:** 01.03.2011

### Giriş

İdiopatik yumuşak damak paralizisi (İYDP), bilinmeyen bir nedene bağlı meydana gelen ve çocukluk çağında nadir olarak görülen klinik bir durumdur. Tipik klinik özellikleri, nazone konuşma (rinolali ya da rinofoni) ve tek taraflı burun deliğine sıvıların kaçması ani olarak gelişir. Genellikle 2-3 yaşları arası, erkek çocuklarını etkiler ve kendiliğinden iyileşir (1-3).

Biz bu olgu sunumunda İYDP gelişen yedi yaşında bir erkek olguyu tedavi verilmeden kendiliğinden düzelmesi ve nadir olarak görülmesi nedenleriyle sunuyoruz.

### Olgu Sunumu

Yedi yaşında erkek olgu, yemek yerken yutmada zorlanma, sıvı gıdaların sağ burun deliğinden gelmesi ve burundan konuşma şikayetleri ile getirildi. Öyküsünden şikayetlerinin son bir haftadır olduğu, ilk iki gün yutmada zorluk yaşadığı, hatta burnundan yediği sıvı gıdaların gelmesi nedeniyle beslenme problemi yaşadığı, son üç gündür biraz daha rahatladığı öğrenildi. Bu şikayetlerle ilk günlerde değişik sağlık kuruluşlarına başvurdukları ve tonsillit tanısı ile oral antibiyotik tedavileri verildiği ifade edildi. Olgunun yakın zamanda enfeksiyon geçirme ve aşılama öyküsü yoktu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Çocukluk çağı aşılarının tümü yapılmıştı. Nazone konuşması olan olgunun vital bulguları normaldi. Ağız-boğaz bakısında, konuşmayla uvulanın ve palatofarengeal kasın sola deviyeye olduğu görüldü (Resim 1). Bu durum yumuşak damağın sağ tarafının paralizisini ortaya koymaktaydı. Genel nörolojik muayene normaldi ve gag refleksi her iki tarafta alınıyordu. Laboratuvar incelemelerinde

### Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Sedat Işııkay, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Şahinbey, Gaziantep, Türkiye  
Phone: +90 505 691 13 70 E-mail: dr.sedatisikay@mynet.com

©Copyright 2012 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.jaemcr.com

©Telif Hakkı 2012 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.jaemcr.com web sayfasından ulaşılabilir.



Resim 1. Uvulanın ve palatofarengeal kasın sola deviyeye görünümü

hemoglobin 12 gr/dL, beyaz küre sayısı 7.800 /mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 356.000 /mm<sup>3</sup> idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 5 mm/saat, C-reaktif protein 0.3 mg/dL (0-0.8 mg/dL) ve periferik kan yaymasında %55 polimorfonükleer lökosit, %45 lenfosit vardı. Kan glukozu 77 mg/dL, üre 2.4 mg/dL, serum kreatinin 0.23 mg/dL, serum sodyumu 134 mEq/L, potasyum 3.5 mEq/L, Cl 113 mEq/L, kalsiyum 9.5 mg/dL, alanin aminotransferaz 35 U/L, aspartat aminotransferaz 36 U/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normaldi. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Brusella, Sifiliz, Borrelia, Parvovirüs B19, TORCH, Hepatit A, B ve C virus, HIV, EBV ve Herpes virus için yapılan serolojik testlerin sonuçları negatifti. Bilgisayarlı beyin tomografisi, beyin ve servikal manyetik rezonans görüntülemeleri normaldi. Başvuru esnasında kliniği düzelmeye başlamış olan olgu hiçbir tedavi verilmeksizin takibe alındı. Bir ay sonraki kontrolünde İYDP tamamen iyileşmiş olduğu görüldü.

### Tartışma

İdiopatik yumuşak damak paralizi genellikle çocuklarda izlenen bir durumdur ve sebebi halen açıklanamamıştır. Edin ve ark. (1) tarafından ilk kez tanımlanan üç vakanın klinik özellikleri ortaya konulmakla birlikte bu hastalarda sebebin enfeksiyöz nedenlere bağlı geliştiği düşünülmüş ancak kanıtlanamamıştır. Şimdiye kadar bildirilen olguların çoğunda neden tesbit edilememiş, birkaçında viral etken saptanabilmiştir. Genellikle 2-3 yaşları arası, erkek çocuklarını etkiler ve kendiliğinden iyileşir (1-3). Literatürde 3 yaşından büyük vakalar olgu sunumu olarak bildirilmiştir (4). Olgumuzda yapılan etiyolojik değerlendirmeler sonucunda bir enfeksiyöz sebep tespit edilemedi. Yedi yaşında olan olgu yaş açısından sık görülen yaş grubunda değildi.

Hastalığın fizyopatolojisi bilinmemektedir. Viral ve vasküler olmak üzere iki hipotetik mekanizma ileri sürülmüştür. Vagus siniri palatal kasılmada nazofarengeal kapanmada temel rolü oynar ve bu gölgeyi innerve eden diğer sinirlerin uyarılması yumuşak damak hareketlerinin düzenlenmesi ve belli bir düzen içinde fonksiyon görmesini

sağlamaktadır. Bu nedenle viral enfeksiyonlar sonrası vagus sinirinin tutulduğu düşünülmektedir (3). Soares ve ark.'ları (4) Parvovirüs B19 enfeksiyonu ile ilişkili izole velopatin paralizi gelişen bir olguyu bildirmiştir. Nussey ve ark.'ları (2) coksaki A9 virüsü ile ilişkili yumuşak damak paralizi olan başka bir olguyu bildirmiştir. Eskiden yumuşak damak paralizisinin çocuklardaki en sık sebebi difteri enfeksiyonu idi. Günümüzde aşılama sayesinde bu sebep, hemen neredeyse eradike edilmiş durumdadır (3). Lapresle ve ark.'ı (5) glossofarengeal ve vagus sinirlerinin tutulumunun sinir köklerinde meydana gelen vasküler iskemi sonucu geliştiğini ortaya koymuşlardır. Vagus sinir felcinde yumuşak doku felci, nazone konuşma, yutma esnasında epiglotun kapanmaması ve disfaji olmaktadır. Vagus sinirinin motor lifleri nükleus ambiguus'tan köken alır, farinks ve larinks çevreleyen kasları innerve eder. Vagus sinirinin farengeal dalı, yumuşak damak kasları ile farenksin müköz membran ve kaslarına dağılmıştır. Farengeal zayıflama disfaji ile sonuçlanır ve bunun yanında damak güçsüzlüğünde, bu vakada da görüldüğü gibi, rinolali ve sıvıların nazal regürjitasyonu izlenir. Nükleus ambiguus lezyonları vasküler zedelenme, tümörler, siringobulbi, motor nöron hastalığı ve inflamatuvar hastalıklar sonucu gelişebilir. Sinir medulladan çıktıktan sonra hasarlanırsa genellikle 9, 11 ve 12. kranial sinirlerle birlikte etkilenebilir. Primer veya metastatik tümörler, otit, menenjit gibi enfeksiyonlar, sarkoidoz, Guillain Barre Sendromu ve travma sonucu oluşabilir. Juguler Foremen Sendromu (Vernet Sendromu-9., 10. ve 11. karniyal sinirler), Schmidt Sendromu (10. ve 11. karniyal sinirler), Highlights Jackson Sendromu (10.-12. karniyal sinirler) ve Collet-Sicard Sendromu (9.-12. karniyal sinirler) sendromlarında nervus vagus paralizisine diğer sinir felçleri ile beraber neden olabilen sendromlardır. İntrakranial bozukluklar (özellikle intrakranial basınç artışı) tek veya iki taraflı vokal kord paralizilerinden sorumlu olabilir. Muayenede yumuşak damak paralizi görülür. Genellikle birkaç gün veya haftada spontan olarak iyileşme görülür (6-8). Bir olguda yumuşak damak ya da farenks güçsüzlüğü ortaya çıkarsa vagal sinir nükleus veya bir beyin kökü lezyonundan şüphelenmelidir. Detaylı bir ağız-boğaz ve nörolojik muayene, beyin-omurilik sıvısı incelemesi veya üst servikal ve beyin manyetik rezonans görüntülemesi ile organik bir sebep varsa ortaya konabilir. Organik sebep bulunamayan olgularda postenfeksiyöz sebepler düşünülebilir (3, 4, 6). Etiyolojik olarak değerlendirilen olgumuzda bir neden saptanamaması nedeniyle idiyopatik olarak kabul edildi. Takiplerinde olgunun klinik bulgularının tedavisiz olarak iyileştiği görüldü.

### Sonuç

Yutma güçlüğü, nazone konuşma ve sıvı gıdaların burundan gelmesi şikayetleri ile başvuran her olguya ağız-boğaz bakısı mutlaka yapılmalı, olgumuzda olduğu gibi prognozu iyi olan bu durum hakkında bilgi verilerek aileler rahatlatılmalı ve ayırıcı tanıda organik nedenler dışlanmalıdır.

### Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Kaynaklar

1. Edin M, Sveger T, Tegner H, Tjernstrom O. Isolated temporary pharyngeal paralysis in childhood. Lancet 1976; 1: 1047-9. [CrossRef]

2. Nussey AM. Paralysis of palate in a child. *Br Med J.* 1977; 16: 165-6. [\[CrossRef\]](#)
3. Alp H, Tan H, Altunkaynak S, Orbak Z. Idiopathic unilateral paralysis of the palate in childhood. *Pediatr Neurol* 2005; 33: 134-5. [\[CrossRef\]](#)
4. Soares-Fernandes JP, Mare R. Isolated velopalatine paralysis associated with parvovirus B19 infection. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64: 603-5. [\[CrossRef\]](#)
5. Lapresle J, Lasjaunias P, Thévenier D. Transitory paralysis of cranial nerves IX, X and XII as well as the left VII after angiography. Contribution to the ischemic pathology of the cranial nerves. *Rev Neurol (Paris)*. 1980; 136: 787-91.
6. Sondhi V, Patnaik SK. Isolated idiopathic unilateral paralysis of soft palate and pharynx. *Indian Pediatr.* 2011; 48: 237-9.
7. Sönmez M, Serin M. Kranial sinir tutulumları. In Gökçay E, Sönmez FM, Topaloğlu H, Tekgül H, Gürer YKY, Editors. *Çocuk Nörolojisi*. 2th ed. Ankara: Anıl Grup Matbaacılık; 2010. p. 379-90.
8. Crovetto MA, Aguirre JM, Muncio A, Perez-Rojo A, Saint-Gerons S. Idiopathic paralysis of the palate in childhood. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988; 26: 241-3. [\[CrossRef\]](#)