



Solunum zorluğu olan 18 aylık erkek bebek The 18 month old boy with respiratory distress

Buket Kılıçaslan, Ünal Paltacı, İlknur Erol

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

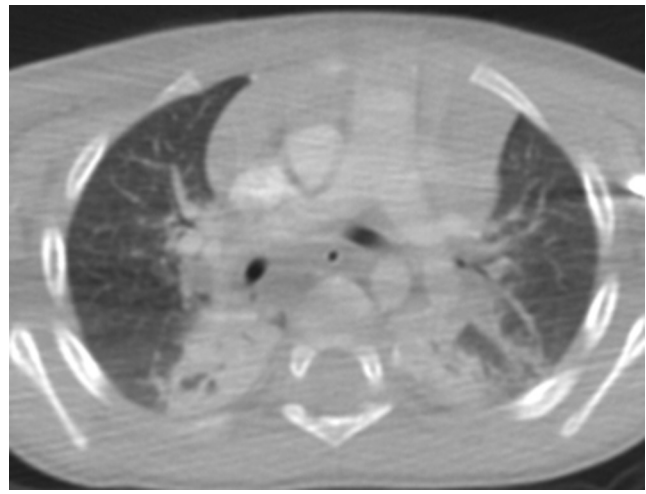
Olgu

On sekiz aylık erkek hasta, boyunda şişlik, nefes alamama yakınmaları ile çocuk acil polikliniğimize getirildi. Öyküsünden iki hafta önce başlayan ateş ve boyunda şişlik yakınmasının olduğu, ateşin bir haftadır olmadığı ama boyundaki şişliğin giderek arttığı, en son iki gündür nefes almakta zorluk çektiği öğrenildi. Özgeçmişinde iki kez bronşiyolit geçirme öyküsü vardı. İmmün yetersizlik düşündüren herhangi bir öyküye rastlanmadı. Fizik incelemesinde, genel durum bozuk, solunum sıkıntılı ve takipnelik (64/dakika) idi ve, suprasternal çekilmesi vardı. Tonsiller ileri derecede hipertrofik (iki taraflı grade 3-4), iki taraflı boyundaki bölgede 2,5 cm'yi bulan çok yönlü lenfadenopati gözlemlendi. Ağırlık ve boy yaşa göre 25-50 persantil arasında idi. Hastanın başvurudan kısa süre

sonra solunumunun yüzeyselleşmesi üzerine 1 mg/kg/doz altı saat arayla metilprednizolon yapıldı; entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Göğüs ve boyun bilgisayarlı tomografide çok yönlü lenfadenopati, adenoid hipertrofi, tıkanmış solunum yolu ve iki taraflı yaygın konsolide alanlar saptandı; herhangi bir apse oluşumuna veya yabancı cisme rastlanmadı (Şekil 1, 2). Tetkiklerinde lökositoz (16 000/mm³) saptandı. Toplam immünglobülin G, M ve A düzeyleri normal sınırlarda idi. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Hastaya konsolide alanların varlığı, genel durum bozukluğu ve lökositoz nedeniyle seftriakson (80 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Hasta 48 saat süreyle entübe durumda izlendi. Genel durumu toparlayan hasta ekstübe edilerek tedavisine devam edildi. Sistemik steroid tedavisi üç güne, damardan antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlandı. Kesin tanı için gerekli testler yapıldı



Şekil 1. Boyunda adenoid hipertrofiye bağlı tıkalı hava sütunu



Şekil 2. Akciğerde yaygın konsolide alanlar

Tanı: Enfeksiyöz mononükleoz

Kanda lökositoz ($16\ 000/\text{mm}^3$), lenfositoz (%72) ve monositoz (%30) saptandı. Hastanın izleminde EBV-IgM (VCA p19) ++ ve EBV-IgG (VCA p19) +++ bulundu. Hasta taburcu edildikten sonra Kulak Burun Boğaz Kliniği'mizde değerlendirilerek tonsilloadenoidektomi uygulandı.

Tartışma

Enfeksiyöz mononükleoz (EMN), Epstein-Barr virüsü (EBV) ile oluşan ve genellikle benign, kendini sınırlayan klinik bir tablodur. Bu virüse ilişkin enfeksiyonlar genellikle çocukluk döneminde gelişip, iki yaşın altında belirtilmez seyrediler. Epidemiler yapmaz; hafif bulaştırıcı bir enfeksiyon olduğu kabul edilir. Enfeksiyöz mononükleozun en sık görülen klinik bulgusu ateş, servikal lenfadenopati ve tonsillofarenjit olmakla birlikte üst solunum yolu tıkanıklığı nadir görülen bir komplikasyondur (1,2).

Tükrük ve boğaz salgıları ile yakın temas, kan ve bulaşıcı eşyalarla bulaşmaktadır. Enküasyon süresi çocukta 10-14 gündür. Hastalığın süresi ve şiddeti çok değişken olabilir (3). Enfeksiyöz mononükleozun klinik tablosunu ateş (%95), lenfadenopati (%94), tonsillofarenjit (%70), splenomegali (%50), hepatomegali (%10-15), palatal peteşi (%25-60) ile daha az oranda sarılık, döküntü ve periorbital ödem oluşturur (2,3). Olgumuz, iki yaşın altında olmasına karşın ciddi solunum sıkıntısı ile karşımıza geldi. Öyküsünde ateş, beraberinde lenfadenopati ve tonsillit tablosu vardı.

Enfeksiyöz mononükleozda lökopeni, normal lökosit sayımı, lenfomonositoz ve ikinci haftadan itibaren %30 oranında Downey hücresi görülebilir. Serolojik olarak ise 2.-3. haftada EBV-VCA-IgM ve IgG pozitifliği birincil enfeksiyon tanısı koydurmaktadır (3). Beraberinde %10-19 hastada streptokokal tonsillit görülebilir (4). Olgumuzda lenfomonositoz varlığı ve serolojik testlerin pozitifliği tanıyı koydurdu.

Enfeksiyöz mononükleoz kendi kendini sınırlayıcı bir hastalıktır; ancak, üst solunum yolu obstrüksiyonu, pnömoni, plevral sıvı ve hiler lenfadenopati nadir görülen solunumsal komplikasyonlarındandır. Olgumuzdaki pnömoni tablosu Epstein-Barr virüse bağlı olabilir de, beraberinde bir genel durum bozukluğu, lökositoz varlığı ve bakteriyel enfeksiyon olasılığı nedeniyle damardan antibiyotik tedavisine devam edilmesinin uygun olacağı düşünüldü. Enfeksiyöz mononükleozda kortikosteroid kullanımı üst solunum yolu tıkanıklığı, otoimmün hemolitik anemi, nötropeni, hemoraji ile giden trombositopeni, meningoensefalit ve diğer nörolojik komplikasyonlar varlığında gereklidir.

Damardan deksametazon, metilprednizolon ile ağızdan prednizon önerilen tedaviler arasında yer almaktadır. 24-72 saatte dramatik sonuç alındığı bildirilmiştir (2,5). Biz de olgumuza literatür bilgisine uygun şekilde 72 saat süresince damardan metilprednizolon desteği verdik. Ağır EMN tablosu çoğunlukla altta yatan immün yetersizlik varlığını gösterir (5); ancak olgumuzda immün yetersizlik saptanmadı. Akut EMN tanılı hastalarda üst solunum yolu tıkanıklığı görülme oranı %1-3,5 olarak bildirilmiştir (6,7). Wohl ve ark. (2) 36 enfeksiyöz mononükleoz tanılı hastanın 11'inde üst solunum yolu tıkanıklığı saptamış; bu olgulardan yalnız dört yaşındaki bir tek olguda endotrakeal entübasyon uygulandığını bildirmişlerdir. Lobo ve ark. (8) ise retrofarengeal apse ile gelen, enfeksiyöz mononükleozla ikincil üst solunum yolu tıkanıklığına endotrakeal entübasyon ile müdahale etmişlerdir. Salazard ve ark. (9), dokuz yaşındaki hastada enfeksiyöz mononükleozla bağlı solunum yolu tıkanıklığı saptamışlar ve endotrakeal entübasyona gereksinim duymuşlardır. Ölüm nadiren görülür; nörolojik komplikasyonlar, dalak rüptürü ve üst solunum yolu tıkanıklığı enfeksiyöz mononükleozun en sık ölüm nedenlerindedir (5). Olgumuz erken endotrakeal entübasyon ve kortikosteroid tedavisi sonrası şifa ile taburcu edildi.

Sonuç olarak; bu olgu Epstein-Barr virüsünün, iki yaş altındaki çocuklarda akut üst solunum yolu tıkanıklığı gibi nadir ama ölümcül komplikasyonlarla karşımıza çıkabileceğine dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Kaynaklar

1. Sumaya CV, Ench Y. Epstein-Barr Virüs infections, mononucleosis in children, I and II. *Pediatrics* 1985; 75: 1003-18.
2. Wohl DL, Isaacson JE. Airway obstruction in children with infectious mononucleosis. *Ear Nose Throat J* 1995; 74: 630-8.
3. Vardar F. EBV. *Güncel Pediatri* 2008; 3: 62-5.
4. Snyderman NL, Stool SE. Management of airway obstruction in children with infectious mononucleosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982; 90: 168-70.
5. Jenson HB. Acute complications of Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12: 263-8.
6. Johnsen T, Katholm M, Stangerup SE. Otolaryngological complications in infectious mononucleosis. *J Laryngol Otol* 1984; 98: 999-1001.
7. Woolf DC, Diedericks RJ. Airway obstruction in infectious mononucleosis. A case report. *A case report. S Afr Med J* 1989; 75: 584-5.
8. Lobo S, Williams H, Singh V. Massive retropharyngeal lymphadenopathy in an infant: an unusual presentation of infectious mononucleosis. *J Laryngol Otol* 2004; 118: 983-4.
9. Salazard B, Paut O, Nicollas R, et al. Severe upper airway obstruction in infectious mononucleosis: a life emergency. *Arch Pediatr* 2001; 8: 952-6.