



## EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

### İdiyopatik konjenital tek taraflı vokal kord paralizisi: yenidoğanda tekrarlayan pnömoni ataklarının nadir bir nedeni

Idiopathic congenital unilateral vocal cord paralysis: a rare cause of recurrent pneumonia attacks in a newborn

Hande Gülcan<sup>1</sup>, Bilin Çetinkaya<sup>1</sup>, Birgin Törer<sup>1</sup>, Fulya Özer<sup>2</sup>

1Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, 2Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2019;44(4):1529-1531.*

Sayın Editör,

Vokal kord paralizisi, konjenital laringeal anomalilerin ve konjenital stridorun laringomalaziden sonraki ikinci en sık nedenidir ve genellikle tek taraflıdır<sup>1,2</sup>. Bilateral vokal kord paralizisinde solunum sıkıntısı bulguları, stridor ve siyanoz daha belirgindir. Yenidoğanlardaki konjenital vokal kord paralizisi idiyopatik olabileceği gibi doğum travmasına veya santral sinir sisteminin anomalileri ya da konjenital hastalıklarına sekonder görülebilir<sup>3-5</sup>.

Belirgin stridoru olmaksızın, beslenme sırasında siyanoz, kusma ve bunun aspirasyonu sonucu gelişen tekrarlayan pnömoni ataklarının nadir bir nedeni olarak idiyopatik konjenital tek taraflı vokal kord paralizisi saptadığımız bir yenidoğan vakası sunduk.

23 yaşındaki annenin 2. gebeliğinden 2. yaşayan olarak 34 gebelik haftasında C/S ile 2100g doğan bebeğin dış merkezde 45 gün süreyle RDS (respiratuvar distres sendromu), tekrarlayan pnömoni atakları, PDA (patent duktus arteriyozus) tanılarıyla izlendiği, 10 gün NCPAP tedavisi uygulandığı, şifayla taburcu edildiği, taburculuktan 1 hafta sonra solunum sıkıntısı, öksürük nedeniyle pnömoni tanısıyla yenidoğan ünitemize sevk edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde, takipnesi, hafif stridoru, suprasternal ve subkostal çekilmeleri, dinlemekle her iki hemitoraksta yaygın krepitan

ralleri, kardiyovasküler sistemde 2/6 devamlı üfürümü mevcut olup diğer sistem muayeneleri doğaldı. Akciğer grafisinde, özellikle sağ akciğerde daha belirgin olmak üzere pnömoniyle uyumlu yaygın infiltrasyonları ve ekokardiyografik değerlendirmede PDA saptanan hastaya intravenöz ampisilin ve gentamisin ile lasiks tedavileri başlandı. Prematüritesi yönünden rutin retinopati muayeneleri yapıldı, kranial USG ve nöroradyolojik görüntülemeleri normaldi. Takip süresince beslenme sonraları fişkırr tarzda kusmalarının olması nedeniyle gastroözefagial reflü açısından baryumlu özefagus-mide-duodenum pasaj grafisi çekildi, reflü saptanması üzerine antireflü mama ile antireflü tedavi başlandı. Pnömonisi düzelen ancak hafif stridoru, suprasternal çekilmeleri devam eden hastaya, antireflü tedavi ve antireflü mamaya rağmen beslenme verildiği anda mamanın özellikle burundan gelmesi, beslenme sırasında siyanoz ve aspirasyon ataklarının sık olması nedeniyle direk laringoskopik muayene planlandı. Yapılan fleksibl laringeal endoskopik muayenede, sağ vokal kord ve aritenoidin sağda laterala fikse olduğu görüldü, sağ vokal kord paralizisi olarak değerlendirildi. Hastamızdaki tekrarlayan pnömoni ataklarının, beslenme ve kusmalar sırasında mamanın, tek taraflı vokal kord paralizine bağlı aspirasyonundan kaynaklandığı düşünüldü. Beslenme sıkıntısı, tekrarlayan kusmalar nedeniyle sık aspirasyon sorunları ve tekrarlayan pnömoni atakları olan vakamıza, oral beslenmenin optimal olarak

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hande Gülcan, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Adana, Turkey E-mail: handeglcnc@yahoo.com  
Geliş tarihi/Received: 01.03.2019 Kabul tarihi/Accepted: 11.03.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 18.09.2019

sağlanamaması nedeniyle gastrostomi açıldı ve işlem sırasında reflü cerrahisi uygulandı. Vakamız ilgili bölümlerce takipleri yapılmak üzere taburcu edilerek izleme alındı.

Konjenital vokal kord paralizi, laringomalaziden sonra konjenital stridorun en sık nedenidir, tek taraflı veya çift taraflı görülebilir, çift taraflı vokal kord paralizisinde stridor daha belirgindir. Konjenital vokal kord paralizi doğum travmasına, santral sinir sisteminin konjenital hastalıkları veya anomalilerine bağlı olabileceği gibi idiyopatik de olabilir<sup>3-7</sup>. Tek taraflı vokal paralizi iyi tolere edilebilirken çift taraflı paralizi olan vakalarda trakeostomi gerektiren hava yolu obstrüksiyonu gibi daha ciddi sorunlar görülebilir.

Stridor, kısık sesle ağlama ve aspirasyon tek taraflı vokal kord paralizisinin tipik bulgularındandır. Tek taraflı vokal kord paralizi olan 102 vakalık serinin değerlendirmesinde, vakaların % 77'sinde stridor, % 51'inde kısık sesle ağlama ve % 23'ünde beslenme sorunları olduğu saptanmıştır<sup>5</sup>. Bizim vakamızda stridor hafif ve daha az belirgin iken beslenme güçlüğü ve aspirasyon daha ciddi sorunlardandı. Vokal kord paralizi etyolojisinin değerlendirildiği 113 yenidoğanın % 13.5'inde doğum travması, % nörolojik sorunlar, % 5.3'ünde konjenital kalp hastalıkları saptanırken %35'inin idiyopatik olduğu rapor edilmiştir<sup>3</sup>. Ada ve arkadaşları<sup>7</sup> da konjenital stridor, subkostal, interkostal çekilmeler ve beslenme sırasında gelişen siyanoz atakları ile hastaneye başvuran, birinde tek taraflı diğerinde çift taraflı idiyopatik konjenital vokal paralizi saptanan iki yenidoğan vakası rapor etmişler ve hafif ya da belirgin stridor ile beslenme sırasında siyanoz görülen yenidoğanlarda nadir de olsa idiyopatik konjenital vokal kord paralizisinin akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Kusmalar ve buna bağlı aspirasyonlar nedeniyle tekrarlayan pnömoni atakları olan yenidoğanlar öncelikle gastroözefagial reflü veya trakeaözefagial fistül yönünden baryumlu özefagus-mide-duodenum pasaj grafisi ile değerlendirilmelidir. Vakamızda yoğun kusmalar ve tekrarlayan pnömoni atakları olmasına yönelik yapılan baryumlu pasaj grafisinde gastroözefagial reflü saptanarak antireflü tedavi ile anne sütü olmaması nedeniyle antireflü mamayla beslenme başlandı. Pnömonisinin düzeldiği ve antireflü tedavi ile izlendiği dönemde devam eden hafif stridoru, belirgin suprasternal çekilmeleri, beslenme sırasındaki siyanoz ve aspirasyon atakları devam eden vakamıza fleksibl laringeal endoskopik

muayenede yapıldı ve sağda tek taraflı vokal kord paralizi saptandı. Tek taraflı vokal kord paralizisinin vakamızdaki mevcut bulguları ve tekrarlayan pnömoni ataklarının nedenini açıklayabileceği düşünüldü. Bizim vakamız da santral sinir sistemi sorunları, doğum travması veya kardiyak cerrahi müdahale öyküsü olmamasından dolayı idiyopatik konjenital vokal kord paralizi olarak değerlendirildi.

Vokal kord paralizisinin etyolojik mekanizmasının belirlenmesi prognoz ve tedavide önemlidir. Tek taraflı vokal kord paralizilerinde spontan iyileşme çift taraflı vokal kord paralizilerine göre daha iyidir. İdiyopatik vokal kord paralizisinde spontan iyileşme oranı % 64 ile % 100 iken doğum travmasına bağlı gelişen vakalarda % 33 ile % 73'dür<sup>3</sup>.

İdiyopatik konjenital vokal kord paralizi yenidoğanlarda nadir görülen bir durumdur ve tek taraflı olduğunda klinik bulgular daha hafif olabilir. Tekrarlayan pnömoni atakları öyküsü, enfeksiyonsuz dönemlerde hafif stridoru, beslenme sırasında siyanozu ve aspirasyon sorunları devam eden yenidoğanlarda akılda tutulmalıdır.

**Yazar Katkıları:** Çalışma konsepti/Tasarımı: HG, BT, BÇ, FÖ; Veri toplama: -; Veri analizi ve yorumlama: HG; Yazı taslağı: HG; İçeriğin eleştirilme incelenmesi: HG, FÖ; Son onay ve sorumluluk: HG, BÇ, BT, FÖ; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: HG, BT, BÇ; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Author Contributions:** Concept/Design : HG, BT, BÇ, FÖ; Data acquisition: -; Data analysis and interpretation: HG; Drafting manuscript: HG; Critical revision of manuscript: HG, FÖ; Final approval and accountability: HG, BÇ, BT, FÖ; Technical or material support: -; Supervision: HG, BT, BÇ; Securing funding (if available): n/a.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support

## KAYNAKLAR

1. Daniel SJ. The upper airway: congenital malformations. Paediatr Respir Rev. 2006;7:260-3.
2. Fawehinmi Y, Fageeh N, Asindi A. Congenital stridor as seen in a neonatal intensive care unit in Saudi Arabia. Niger J Pediatr. 2002; 29:11-13.
3. De Gaudemar I, Roudaire M, François M, Narcy P. Outcome of laryngeal paralysis in neonates: a long term retrospective study of 113 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1996;34:101-10.
4. De Jong AL, Kuppersmith RB, Sulek M, Friedman EM. Vocal kord paralysis in infants and children. Otolaryngol Clin North Am. 2000;33:131-49.
5. Daya H, Hosni A, Bejar-Solar I, Evans JN, Bailey CM. Pediatric vocal fold paralysis: a long-term

- retrospective study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;126:21-5.
6. Forbes E, Patel N, Kasem K. Unilateral vocal cord paralysis associated with subdural haemorrhage in a newborn infant. J Perinatol. 2010;30:563-5.
  7. Ada M, Isıldak H, Saritzali G. Congenital vocal cord paralysis. J Craniofac Surg. 2010;21:273-4.