

MENENJİT, ORŞİT VE HEPATİTİN BİRLİKTE GÖRÜLDÜĞÜ BİR KABAKULAK OLGUSU

Dr. Mehmet BİTİRGEN *, Dr. Onur URAL *, Dr. İbrahim ERAYMAN *,

* S. Ü. T. F. Klinik Bakteriyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları ABD

ÖZET

Kabakulak esas olarak parotitise neden olan, bulaşıcı viral bir hastalıktır. Bu makalede, kabakulağa bağlı gelişen menenjit, orşit ve hepatitin birlikte görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Kabakulak İnfeksiyonu, menenjit, orşit, hepatit.

SUMMARY

A Case of Mumps Associated With Menengitis, Orchitis and Hepatitis.

Mumps is a contagious viral illness which primarily produces parotitis. We reported a case of menengitis, orchitis and hepatitis due to mumps infection, in this article.

Key Words : Mumps Infection, menengitis, orchitis, hepatitis.

Kabakulak virusu, paramixovirus ailesinin bir üyesi olup çocuklarda hafif seyirli, büyüklerde özellikle ergenlik çağından sonra ağır seyreden ve çeşitli komplikasyonlara neden olabilen, kabakulak hastalığına yol açar (2, 13). Bu hastalıkta en sık görülen komplikasyonlar menenjit ve orşittir (2).

Bu yazıda menenjit, orşit ve hepatit komplikasyonlarının birlikte görüldüğü, bir kabakulak olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi üç yaşında, erkek hasta 6.7.1994 tarihinde yüksek ateş, baş ağrısı, testislerinde şişlik kızarıklık, ağrı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri 1 hafta önce ateş, baş ağrısı, halsizlik şeklinde başlayan hastaya, üst solunum yolu enfeksiyonu olduğu söylenerek çeşitli ilaçlar verilmiş. Bir gün sonra sol parotis bölgesinde şişlik, 3 gün sonra da her iki testiste şişlik, kızarıklık ve ağrı eklenmiş. Bu bulgularla yatırılan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Özgeçmişinde 10 gün önce bir akrabasının erkek çocuğunun kabakulak geçirdiği öğrenildi.

Fizik muayenede, kan basıncı 100/60 mmHg, nabız: 110/dakika ve ritmik, ateş: 39,5 °C idi. Baş hareketle ağrılı, dil paslı, tonsiller hafif hipertrofikti. Ense sertliği pozitif iken diğer meninks irritasyon bulguları negatifti. Her iki testiste kızarıklık, şişlik, palpasyonla hassasiyet ve ağrı vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuarda, tam idrar normaldi. Tam kanı, sedimentasyon: 37 mm/saat, lökosit : 13.500/mm³ olması dışında normaldi. Biokimyasal testlerinde AST: 131 İÜ/L, ALT: 280 İÜ/L, Amilaz: 370 İÜ/L bulundu, diğer değerler normal sınırlardaydı. Boğaz, dışkı kültürlerinde normal flora elmanları ürerken, kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Yapılan lumbal ponksiyonda, basınç artmış, berrak görünümde, renksiz, 88 hücre / mm³ vardı ve hücrelerin tamamı lenfositti. Beyin omurilik sıvısı (BOS)'nın biokimyası normaldi. BOS'dan yapılan Gram ve EZN boyaları negatifti ve rutin kültürlerinde üreme olmadı.

Hepatit yönünden bakılan anti-HAV-IgM, anti-HBcIgM, HBsAg, anti HCV, anti CMV-IgM, Paul-

Bunel deneyleri negatifti. Kabakulak IgM antikorları çalışılmadı.

Hastalığın klinik seyri; Başlangıçta ÜSYE olması, sol parotis lojundaki şişlik ve ağrının eklenmesi, yakınlarından bir çocuğun 10 gün önce kabakulak geçirmiş olması kabakulağı düşündürülen bulgulardır. Testislerinde kızarıklık, ağrı ve ısı artışı olması orşiti, daha sonra ateş, baş ağrısı, ense sertliği ile birlikte lumbal ponksiyon bulguları menenjiti ve biokimyaal tetkiklerinde ALT, AST'nin yüksek seyretmesi, sık rastlanan hepatit etkenlerinin negatif olması, hastamızda izlediğimiz orşit, menenjit ve hepatitin kabakulağa bağlı olduğunu düşündürmüştür.

Tedavi tamamen semptomatik olarak yapıldı. Testis elevasyonu, lokal soğutma uygulandı. Antipiretik, antiinflamatuvar ilaçlar ve intravenöz yolla sıvı verildi. Yatışının 4. gününde ateşi düştü, ense sertliği kayboldu ve 10. günde hasta taburcu edildi.

Bir ay sora yapılan kontrollerinde BOS bulguları tamamen düzelmişti. Testislerde bulgular kaybolmuştu spermiyogramı normaldi ve transaminazlar normal sınırlarına gerilemişti.

TARTIŞMA

Ateş, halsizlik, iştahsızlık ve baş ağrısı gibi spesifik olmayan şikayetlerle başlayan, tek veya iki taraflı parotis bezlerinde büyüme, hassasiyet ile karakterize kabakulakta, çok değişik komplikasyonlara rastlamak mümkündür (2, 13).

Kabakulakta, tükrük bezleri dışında santral sinir sistemi tutulumu en sık görülen bulgudur (2, 15). Bang ve ark. (2) yaptığı bir çalışmada, kabakulak olup menenjite ait bulguları olmayan 255 hastanın % 51'inde BOS'da hücre artışı olduğunu bildirmişlerdir. Nörotropizm özelliği olan kabakulak virusu % 1-10 oranında menenjite neden olabilmektedir (2, 3, 7, 15, 16). Bizim olgumuzda ateş, baş ağrısı, ense sertliği olması, lumbal ponksiyon bulguları, rutin kültürlerde üreme olmaması, kabakulağa bağlı menenjiti düşündürmüştür. Ka-

bakulak virus menenjit dışında ensefalit (2), nörosensorial işitme kaybı (4, 10), subaraknoid kanama (9), akut serebellar tutulum (2, 5), hidrosefali (2, 12), polineurit, fasiyal paralizi, transvers miyelit, asendan poliradiküloneurit ve poliomyelit benzeri sendromlar (2) görülebilir.

Kabakulak orşiti erişkin erkeklerde en sık rastlanan bulgu olup, hastalığın 4-8. günleri içinde oluşabilir. Fakat parotislerin şişmesinden 6 hafta sonra bile oluştuğu rapor edilmiştir (2). Puberte öncesi nadir, adölesan veya erişkinlerdeki kabakulak infeksiyonlarının % 14-35 inde orşit oluştuğu bildirilmiştir (2, 6, 11, 13). Tek veya iki taraflı tutulum olabilir (2, 13). İki taraflı tutulum orşitli olguların % 17-30'unda görülebilir (13). Olgumuzda testis tutulumu iki taraflıydı, destekleyici tedavi ile 10 gün içinde tamamen düzeldi. İki testisin tutulumunda bile infertilite nadir görülmektedir (2). Hastamızın 1 ay sonra yapılan spermiyogramı normal sınırlar içindeydi.

Kabakulak seyrinde görülen nadir komplikasyonlar şunlardır; akut hemolitik anemi (14), myokardit (1), artrit (8), mastit (17), pankreatit, plörit, prostatit, nefrit, tiroidit, trombositopeni ve hepatitdir (2). Hastamızın transaminazları 3-9 kat artmıştı. Sık hepatit yapan etkenlere ait diğer markerler negatif olunca, tablonun kabakulağa bağlı hepatit olabileceği düşünüldü.

Kabakulaklı hasta ile temas öyküsü olması, sol parotiste şişlik, iki taraflı orşit bulguları, menenjite ait belirtiler ve transaminazlardaki yükselme nedeniyle, kabakulak infeksiyonuna bağlı menenjit, orşit ve hepatitin birlikte görülmesi, yaptığımız literatür aratırmasında bu 3 komplikasyona aynı hastada rastlamış olmamız nedeniyle, bu olgu sunulmuştur.

Gelişebilecek komplikasyonlar yönünden, kabakulağın dikkatle izlenmesi gereken bir hastalık olduğunu bir defa daha vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Arita M, Ueno Y, Mayusama Y. Complete heart block in mumps myocarditis Br Heart J 1981; 46: 342.
2. Baum SG, Litman N. Mumps virus. Principles and Practice of Infectious Diseases (Ed: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R) Fourth edition. Copyright Churchill Livingstone Inc, 1995: 1496-1501.
3. Björvatn B, Skoldenberg B: Mumps and its complications in Stockholm Br Med J 1978; 1: 788.
4. Bitnun S, Rakover Y, Rosen G. Acute bilateral total deafness complicating mumps. J Laryngol Otol 1986; 100: 943.
5. Cohen HA, et al. Mumps associated acute cerebellar ataxia Am J Dis Child 1991; 146 (8): 930-1.
6. Erpenbach KH. Systemic treatment with interferon alpha-2B: an effective method for prevent sterility after bilateral mumps orchitis. J Urol 1991; 146 (1): 54-56.
7. Forsberg P, et al. Viral IgM and IgG antibody synthesis within the central nervous system in mumps meningitis. Acta Neurol Scand 1986; 73: 372.
8. Gordon SC, Lauter CB. Mumps arthritis: A review of the literature. Rev Infect Dis 1984; 6: 338.
9. Hamden H, Carrington D, Gledhill RJ. Mumps virus meningoencephalitis complicated by subarachnoid haemorrhage. Journal of the Royal Society of Medicine 1993; 86: 357-358.
10. Kayan A, Bellman H. Bilateral sensorineural hearing loss due to mumps Br J Clin Pract 1990; 44 (12): 757-9.
11. Kılıç SS, Yılmaz M, Koyuncu M, Felek S. 1986-1988 yılları arasında izlenen kabakulak olguları ve komplikasyonları. İnfeksiyon Dergisi 1990; 4 (2): 189-193.
12. Lahat E, et al. Hydrocephalus due to bilateral obstruction of the foramen of Monro: a possible late complication of mumps encephalitis Clin Neurol Neurosurg 1993; 95 (2): 151-154.
13. Manson AL: Mumps orchitis. Urology 1990; 36 (4): 355-358.
14. Özen S, Damarguc J, Besbas N, Saatci U, Kanra T, Gurgey A. A case of mumps associated with acute hemolytic crisis resulting in hemoglobinuria and acute renal failure. J Med 1994; 25 (3-4): 255-9.
15. Ponka A, Petterson T. The incidence and aetiology of central nervous system infections in Helsinki in 1980. Acta Neurol Scand 1982; 66: 529.
16. Sugiura A, Yamada A. Aseptic meningitis as a complication of mumps vaccination. Pediatr Infect Dis J 1991; 10 (3): 209-213.
17. Sullivan KM, et al. Mumps disease and its health impact: An outbreak based report. Pediatrics 1985; 76: 533.