

Bilateral Tama Yakın İşitme Kaybı Olan Bir Kabakulak Olgusu

Dr. Habip Gedik¹, Dr. Ahmet Uludağ², Dr. Muzaffer Fincancı¹, Dr. Cüneyt Müderrisoğlu²,

 $^{
m I}$ S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

ÖZET

Kabakulak, en sık okul çağı ve adolesan yaş grubunda görülmekle birlikte yetişkin çağda da görülebilen akut jeneralize bir infeksiyondur. Nadir bir komplikasyon olan geçici yüksek frekans işitme kaybı %4 oranında görülebilmektedir. Tek taraflı kalıcı işitme kaybının 20.000 vakada bir olduğu bildirilmiştir. Bu bildiride kabakulak nedeniyle servisimize yatırılan ve bu nadir komplikasyon sonucu bilateral tama yakın işitme kaybı olan olgu sunulmuştur. Yirmisekiz yaşındaki erkek hasta, yüzünün her iki yanında şişlik olması üzerine kliniğimize başvurmuştur. Bu başvurusundan 15 gün önce çocuğunun kabakulak geçirdiğini ifade etmiştir. Şikayetlerinin başlangıcından iki gün sonra işitme problemi olması üzerine yapılan odyogramında sol kulakta hava iletisi ile 68 dB, kemik iletisi ile 48 dB; sağ kulakta hava iletisi ile 103 dB, kemik iletisi ile 70 dB saptanmıştır. Hastaya beş gün prednisolon 60 mg/gün, heparin 2500 IU/gün, pentoksifilin 100 mg/gün ve semptomatik tedavi uygulanmıştır. Prednisolon gün aşırı doz düşürülerek ikinci hafta sonunda kesilmiştir. Yapılan tetkiklerinde kabakulak IgM pozitif, IgG negatif bulunmuştur. Tedaviye rağmen birinci ve üçüncü ay kontrollerinde işitme kaybında düzelme olmamıştır. Sol kulağına işitme cihazı sağlanarak işitme düzeyi yükseltilmeye çalışılmıştır. Olgumuz yetişkin populasyonunda kabakulağın işitme kaybı, sterilite ve diğer ciddi komplikasyonlara yol açabileceğini, bu nedenle de kabakulak geçirmemiş ya da aşılanmamış yetişkinlerin aşılanmasının yararlı olacağını düşündürmektedir.

• **Anahtar Kelimeler:** Kabakulak, işitme kaybı, sağırlık. **Nobel Med 2007**; **3(2): 27-30**



² S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

ABSTRACT

A CASE OF BILATERAL HEARING LOSS DUE TO MUMPS

Mumps is an acute generalized viral infection that occurs primarily in school- age children and adolescents. Permanent unilateral deafness occurs once per 20000 cases of mumps. A bilateral hearing loss case due to mumps is described in this article.

Twenty-eight years old male patient, who had been in close contact with his son with mumps for fifteen days, was referred to us with bilateral parotid tenderness. He complained hearing problem two days after his admission. We evaluated his sense of hearing by audiogram. In left ear, air conduction level was 68 dB, bone conduction level was 48 dB. In right ear, air conduction level was 103 dB, bone conduction level was 70 dB. Prednisolone 60 mg/day, heparine 2500 IU/day, penthoxifylline 100 mg/day and symptomatic treatment were given for five days. In laboratorial examination mumps IgM positive, IgG negative were found. Hearing loss did not recover despite treatment. Hearing level was attempted to scale up by hearing-aid.

Due to the risk of sterility or deafness in adult mumps infection, immunization would be helpful for adults who are not immunized or infected by mumps.

• Key Words: Mumps, hearing loss, deafness. Nobel Med 2007; 3(2): 27-30

GİRİS

Kabakulak, en sık okul çağı ve adolesan yaş grubunda görülmekle birlikte yetişkin çağda da görülebilen akut jeneralize bir infeksiyondur. Nadir görülen bir komplikasyon olan geçici yüksek frekans işitme kaybı % 4 oranında görülebilmektedir.¹ Tek taraflı kalıcı işitme kaybının 20.000 vakada bir olduğu bildirilmiştir.¹ Bu bildiride kabakulak nedeniyle servisimize yatırılan ve bu nadir komplikasyon sonucu bilateral tama yakın işitme kaybı olan olgu sunulmuştur.

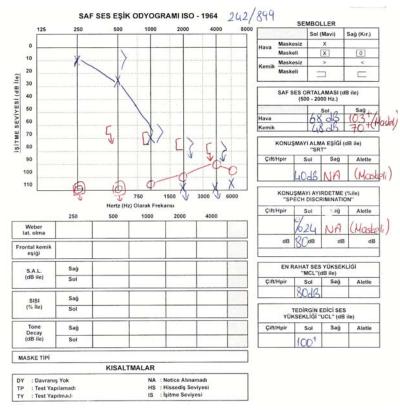
OLGU

Hastamız 28 yaşında erkek, tezgahtar, evli ve bir çocuk sahibi idi. Polikliniğe başvurusundan on gün önce çocuğu kabakulak tanısı almış. Üç gün önce

Tablo 1: Hastanın laboratuvar değerledirmesi	
CRP (gr\dl)	0,7
SEDİMENTASYON (mm\sa)	15
LÖKOSİT (x10³/ mm³)	5,9
ERITROSIT SAYISI (x10 ⁶ \mm ³)	4,86
HEMATOKRİT (%)	45
HEMOGLOBİN (gr \dl)	14,6
TROMBOSİT SAYISI(\mm³)	258.000
AMİLAZ (U/L)	320
LİPAZ (U/L)	23
KABAKULAK IgM	POZITİF
KABAKULAK IgG	NEGATİF

kulaklarında uğultu başlamış. Bir gün önce de yüzün her iki yanında şişlik olması üzerine acil polikliniğimize başvurmuş. Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Alışkanlık anemnezinde sigara, alkol ve herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde şuur açık ve koopere, kan basıncı, nabız ve ateş normaldi. Bilateral parotis lojunda sınırları belirsiz şişlik mevcut olup kızarıklık yoktu. Kulak memeleri dışa doğru yükselmişti. Solunum ve kardiyovaskuler sistem muayeneleri normaldi. Batın doğal, defans ve rebaund yoktu, traube açıktı, hepatosplenomegali tespit edilmedi. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Laboratuvar incelemelerinde amilaz yüksekliği dışında bir patoloji yoktu (Tablo-1). Tam kan sayımı normal idi. Yatışının ertesi günü hastanın işitme problemi olması üzerine Kulak-Burun-Boğaz (KBB) konsultasyonu istendi. Yapılan odyogramında şu sonuçlar elde edildi: Saf ses ortalaması sol kulakta hava iletisi ile 68 dB, kemik iletisi ile 48 dB; sağ kulakta hava iletisi ile 103 dB, kemik iletisi ile 70 dB idi. Konuşmayı alma eşiği sol kulakta 40 dB idi, sağda ise netice alınamadı. Konuşmayı ayırt etme sol kulakta 80 dB (% 24) idi, sağ kulakta ise netice alınamadı. En rahat ses yüksekliği sol kulakta 80 dB idi, sağ kulakta ise netice alınamadı. Tedirgin edici ses yüksekliği sol kulakta 100 dB idi, sağ kulakta ise netice alınamadı (Tablo-2). Konsultasyon doğrultusunda hastaya beş gün prednisolon 60 mg/gün, heparin 2500 IU/gün, pentoksifilin 100 mg/gün ve semptomatik tedavi uygulandı. Prednisolon gün aşırı doz düşürülerek ikinci hafta sonunda kesildi. Yapılan serolojik değerlendirmede Kabakulak IgM pozitif, IgG negatif bulundu(Tablo-1).





Tablo 2. Tedavi öncesi odyogramı

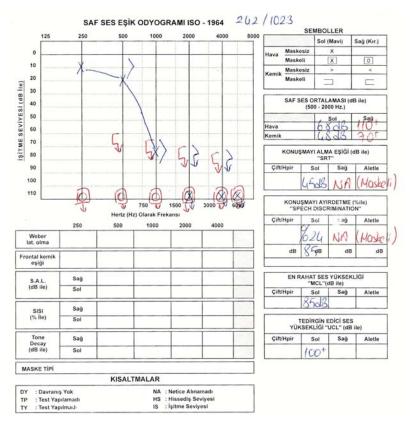
Tedavi sonu odyogramında düzelme tespit edilmedi (Tablo-3). Bu arada hastanın sol testisinde şişlik gelişti. Kabakulağa bağlı orşit olarak değerlendirildi. Elevasyon ve semptomatik tedavi uygulandı. Bir hafta sonunda testisteki şişlik geriledi. Hasta ayaktan ayda bir defa KBB ve infeksiyon hastalıkları polikliniğinde görülmek üzere gingko glikozid tableti ve B vitamini kompleksi ile taburcu edildi. Hastanın birinci, ikinci ay kontrollerinde işitme kaybında bir değişiklik tespit edilmedi. Sol kulağa işitme düzeyini yükseltmek üzere işitme cihazı sağlandı.

TARTIŞMA

Kabakulak, Paramyxoviridae ailesinde yer alan Paramyxovirus'un yapmış olduğu; okul çağı ve adölesan yaş grubunda en sık görülen akut jeneralize bir infeksiyondur. Klinik olarak en sık % 60-70 parotit görülmekle beraber % 25 epididimo-orşit, % 1-10 ensefalit ve % 4 geçici yüksek frekans işitme kaybı ile karşılaşılmaktadır.1 Tek taraflı kalıcı işitme kaybı 20.000 vakada bir görülmektedir¹ Kabakulağa bağlı işitme kaybının patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Primer invazyon sonrası hematojen yolla yayılan virusun yaptığı endolenfatik labirintit, işitme kaybı patogenezinin en olası görüşlerindendir.² Hastamızda işitme kaybı gerçekleştiği anda antikoagülan, vazodilatatör, antiinflamatuvar ilaçlarla müdahale edilmesine rağmen işitme kaybında bir iyileşme sağlanamamıştır. Tedavi başarısızlığında patogenezin tam olarak belirlenememesi, en olası görüşlerden biri olan endolenfatik labirintitte ilaç geçişinin az olması ve inflamasyonla birlikte geçişin imkansız hale gelmesi dolayısıyla da verilen tedavinin inflamasyonu azaltmada yetersiz kalması, hasarı önleyecek ilaç yada metodun henüz sağlanamamış olması gibi sebeplerin olabileceği düşünülmektedir.² Hastamızın yaşının hastalığın sık görülme yaşına göre daha büyük olmasının komplikasyon gelişme riskini artırdığı düşünülmektedir.¹-³

Kabakulağa bağlı işitme kayıpları genellikle kötü sonuçlanmaktadır.³ Yanagita ve ark. yapmış olduğu çalışmada, 95 kabakulağa bağlı işitme kaybı vakasının hiçbirinde düzelme olmamıştır.⁴ Kawashima ve ark. yapmış olduğu çalışmada 1987 yılında 300, 1993'de 400, 2001'de 650 kabakulağa bağlı işitme kaybı vakasının hiçbirinde düzelme olmadığı gibi sayının her geçen yıl artıyor olması sebebiyle kabakulağa karşı aşılamanın önemi vurgulanmıştır.⁵ Sebebi

belli olmayan işitme kayıplarında kabakulağın önde gelen sebeplerden olduğu da düşünülmektedir. Kirk ve ark. yapmış olduğu çalışmada, 21 tek taraflı →



Tablo 3. Tedavi sonrası odyogramı

BİLATERAL TAMA YAKIN İŞİTME KAYBI OLAN BİR KABAKULAK OLGUSU işitme kaybı olan hastanın 16'sında kabakulak hastalığı geçirmeden önce işitmelerinin tam olduğunun tespit edildiği bildirilmiş; işitme kaybı kabakulakla güçlü bir şekilde ilişkilendirildiğinden yetişkin aşılama programına kabakulağın da alınması önerilmiştir.6 Kabakulak her ne kadar klinik olarak selim seyrediyor olsa bile oluşturduğu işitme kaybı ve kısırlık gibi komplikasyonları sebebiyle aşılama programında düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Ancak yapılmış bazı çalışmalarda da akut işitme kayıplarında kabakulak infeksiyonunun o kadar da etkin olmadığı gösterilmiştir. Nomura ve ark. akut işitme kaybı olan 53 hastanın 3'ünde, Okamoto ve ark. 130 hastanın 9'unda, Fukuda

ve ark. yapmış olduğu çalışmada 69 hastanın 5'inde IgM tipi kabakulak antikorlarını pozitif bulmuşlardır.⁷⁻⁹ Akut işitme kayıplarındaki % 5'lik payı olan kabakulağa karşı, uygulanacak aşı programında elde edilebilecek % 90-96 oranındaki immunizasyonla önlem alınabileceği düşünülmektedir.¹⁰ Kabakulağa bağlı işitme kayıplarına dair ülkemize ait bir çalışma bulunmamaktadır.

Sonuç olarak işitme kaybı ve sterilite gibi ciddi klinik problemler oluşturan kabakulak enfeksiyonuna karşı yapılacak temas öncesi immunizasyonun, sosyal ve psikolojik olarak önem arz eden bu problemlerin çözümüne katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.





iletişim için: Dr. Ahmet Uludağ, SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği / İstanbul , auludag@e-kolay.net

GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 20 / 01 / 2006 • KABUL TARİHİ: 22 / 12 / 2006

REFERANSLAR

- 1 Stephen G. Baum, Nathan Litman. Mumps virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed, Philadelphia: Elsevier-Churchill Livingstone (2 Vol. Set), 2000; 147: 1248-1254.
- 2 Mumps. http://www.who.int/immunization/topics/mumps/en/index.html
- 3 Mizushima N, Murakami Y. Deafness following mumps: the possible pathogenesis and incidence of deafness. Auris Nasus Larynx 1986;13: S55-57.
- 4 Yanagita N, Murahashi K. A comparative study of mumps deafness and idiopathic profound sudden deafness. Arch Otorhinolaryngol 1986;243: 197-199.
- 5 Kawashima Y, Ihara K, Nakamura M, Nakashima T, Fukuda S, Kitamura K. Epidemiological study of mumps deafness in Japan. Auris Nasus Larynx 2005; 32: 125-128
- 6 Kirk M. Sensorineural hearing loss and mumps. Br J Audiol 1987; 21: 227-228.
- 7 Nomura Y, Harada T, Sakata H, Sugiura A. Sudden deafness and asymptomatic mumps. Acta Otolaryngol Suppl 1988; 456: 9-11.
- 8 Okamoto M, Shitara T, Nakayama M, et al. Sudden deafness accompanied by asymptomatic mumps. Acta Otolaryngol Suppl 1994; 514: 45-48.
- 9 Fukuda S, Chida E, Kuroda T, Kashiwamura M, Inuyama Y. An anti-mumps IgM antibody level in the serum of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Auris Nasus Larynx 2001; 28: S3-5
- 10 World Health Organization. Mumps virus vaccine. Wkly Epidemiol Rec 2001; 76: 346-355.

