

# 2001 Yılı İçerisinde Epididimoorşit Komplikasyonu ile Seyreden Kabakulak Olgularının Değerlendirilmesi

Sibel Gündeş, Ayşe Willke, Fatma Özkan, Haluk Vahaboğlu

**Özet:** Bu çalışmada 2001 yılında, kabakulak tanısı almış olup epididimoorşit komplikasyonu gelişen hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ile tedavi ve prognozlarının incelenerek tartışılması amaçlanmıştır. Ocak-Temmuz 2001 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvurduktan sonra, servisimize akut parotit klinik tablosuyla yatırılan 11 hasta alınmıştır. Bunlardan, kabakulak IgM tipi antikorları pozitif bulunan 10 hasta kabakulak tanısıyla takip edilmiştir. Takip edilen 10 hastanın tümünde tanının epididimoorşit komplikasyonu ile beraber seyrettiği görülmüştür. Olguların yaş ortalaması 25 (14-35) olarak bulundu. Komplike olguların tümünde ateş 38.3°C'nin üzerinde bulunurken, beşinde lökosit değeri  $\geq 10\ 900/\text{mm}^3$ , dördünde CRP değeri  $\geq 0.8\ \text{mg/l}$ , dördünde eritrosit sedimentasyon hızı  $\geq 25\ \text{mm/saat}$  ve ikisinde ALT ve/veya AST değeri  $\geq 40\ \text{U/l}$  saptanmıştır. Periferik yayma incelemelerinde olguların sekizinde polimorfonükleer lökosit (>%70), ikisinde lenfosit hakimiyeti (>%60) görülmüştür. Komplike olguların tümünde yapılan skrotal ultrasonografi sonuçları, bir hasta hariç, tümünde epididimoorşit tanısını desteklemiştir. Epididimoorşitli hastaların hepsinde soğuk uygulama ve elevasyona ek olarak antiinflamatuar tedavi verilmiş, tümü iyilik haliyle taburcu edilmiştir. Altıncı ayda yapılan kontrollerinde impotans veya azoospermi tespit edilmemiştir. Sonuç olarak erişkin yaş grubundaki endişe verici komplikasyonları nedeniyle, kabakulak aşısının en azından risk grubuna uygulanması gerektiği söylenebilir. Diğer yandan bilateral tutulum olduğu halde antiinflamatuar ve süportif tedavinin yeterli olduğu görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Kabakulak, epididimoorşit.

**Summary:** Evaluation of mumps cases with epididymoorchitis complication during the year 2001. The aim of this study is to evaluate the clinical and laboratory outcome with therapy and prognosis of the mumps cases with epididymoorchitis. Eleven patients, hospitalized between January and June 2001 to our Clinical Bacteriology and Infectious Diseases Department was accepted for the study. The mean age was 25 years (14-35 yr). In all of the complicated cases, fever was over 38.3°C, leukocytosis  $\geq 10\ 900/\text{mm}^3$  were seen in five of the cases, CRP was  $\geq 0.8\ \text{mg/l}$  and erythrocyte sedimentation rate was  $\geq 25\ \text{mm/h}$  in four of the patients, liver function tests were found to be elevated in two of the patients. Scrotal ultrasonography applied to all of the patients. Symptomatic treatment including bed rest, analgesics, support of the inflamed testicle with ice packs applied to all of the patients. All of them were discharged within two weeks. Spermograms done within six months were all evaluated as normal. As a result, we thought that mumps vaccination should be practised at least to risk groups because of high incidence of complications in adults. The symptomatic therapy was found to be enough even in case of the bilateral involvement.

**Key Words:** Mumps, epididymoorchitis.

## Giriş

Kabakulak daha çok tükürük bezlerini (parotis, submandibüler, sublingual) tutan, nadiren de gonadlar, meninks ve diğer organların tutulmasıyla kendini gösteren, akut, bulaşıcı, jeneralize viral bir infeksiyon hastalığıdır ve aşıyla korunmak mümkündür. Kabakulak tüm dünyada yaygın olup, esas olarak çocukluk dönemi hastalığıdır ve olguların %95'i 15 yaş altındaki çocuklarda görülür (1). Ergenlik çağından sonra ağır ve komplikasyonlu seyretme riski artar. Orşit, erişkin erkeklerde en sık görülen komplikasyondur ve %20-30 oranında görülür. Vakaların %85'inde epididim de tutulur (2). Kabakulak orşitinde testiste difüz interstisyel ödem ve mononükleer lökosit hakimiyetinin olduğu serofibrinöz eksüdasyon vardır. Ödem nedeniyle bozulan vaskülarizasyon lokal infarkt ve interstisyel hemorajilere neden olabilir. Kabakulak orşitinde, çoğunlukla parotiti takip etmesi ve selim seyirli olması nedeniyle nadiren

testis biyopsisine gerek duyulur ve yine aynı sebepten dolayı testisi akut olarak büyüten diğer nedenlerle nadiren karışır.

Bu yazıda, erişkin yaş grubunda parotit ve orşit bir arada bulunduğu vakaların klinik ve laboratuvar bulguları, tedavileri ve prognozları tartışılarak sunulmuştur.

## Yöntemler

Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'na Ocak-Temmuz 2001 tarihleri arasında, akut parotit ve orşit klinik tablosuyla başvuran ya da aynı ön tanı ile servisimize yatırılan 11 hasta, hastalığın komplikasyonları, organ tutulumları ve laboratuvar bulguları yönünden irdelendi. Olguların öykü ve fizik muayenelerine ek olarak kabakulağa ait IgM tipi antikorlar (ELISA, Abbott), lökosit, eritrosit sedimentasyon hızı ve serum amilaz düzeyi belirlendi. Testis hipertrofisi ise skrotal ultrasonografi ile değerlendirildi. Hastaların tümüne taburcu olduktan altı ay sonra yapılmak üzere spermogram randevusu verildi.

Olguların öykü, fizik muayene, rutin laboratuvar tetkikleri yanında, IgM tipi kabakulak antikorları bakılarak tanıları

kesinleştirildi. Ek olarak tüm olgulara skrotal ultrasonografi yapıldı.

### Sonuçlar

Akut parotit ve orşit ön tanısı ile Ocak-Temmuz 2001 tarihleri arasında başvuran 11 hastanın tümü kliniğe yatırılarak izlendi. IgM tipi kabakulak antikorlarının pozitif bulunduğu 10 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 24 (14-35 yaş) idi. Bu 10 hastanın tümünün öyküsünde, kabakulağa ait nonspesifik şikayetlerin yanı sıra parotitis bezinde şişmeyle birlikte, aynı hafta içerisinde, epididimoorşit gelişmişti. Kulak önünde ve arkasında şişlik, ağrı şikayetlerine en sık olarak testis üzerinde hiperemi, ödem ve ısı artışı şikayetlerinin eşlik ettiği saptandı. Olguların ateş ortalaması 38.2°C olarak bulundu. Diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Tanıya yönelik olarak yapılan serum amilaz düzeyi tüm olgularda normalin 2-5 katı yüksek bulundu. Lökosit sayısı beş hastada  $\geq 10\ 900/\text{mm}^3$ , C-reaktif protein (CRP) dört hastada  $\geq 0.8\ \text{mg/Lt}$ , eritrosit sedimentasyon hızı dört hastada  $\geq 25\ \text{mm/saat}$  üzeri ve ALT ve/veya AST değeri iki hastada  $\geq 40\ \text{U/Lt}$  saptanmıştır. Olguların tümüne skrotal ultrasonografi istendi ve testis hipertrofisi, testis içerisinde yer yer septasyonlar gösteren hipodens alanlar, ödem ve vaskülarite artışı ile tanı desteklendi. Tedavide testis elevasyonu ve soğuk kompres uygulamasına ek olarak, ateş ve orşit takibine göre nonsteroid antiinflamatuvarlar (NSAİ) kullanıldı. Bunun dışında bir tedavi uygulanmadı.

Hastaların tümünde prognoz iyi seyretti; parotit, 10 vakanın tümünde bilateral iken, ilk hafta içerisinde düzeldi. Taburcu olduktan 2 ve 4 hafta sonra yapılan kontrollerde patoloji saptanmadı. Altıncı ayda yapılan spermiyogramların tümü normal sınırlarda bulundu.

### İrdeleme

Kabakulak tüm dünyada görülebilen ve her iki seks de eşit etkileyen, bulaşıcı bir hastalıktır. 14-24 günlük bir inkübasyonu takiben, başağrısı, kırıklık, kas ağrıları ve ateş gibi nonspesifik bulgularla başlar. Olguların %20-30'u subklinik seyrederek ki, bunlar bulaştırıcılıkta büyük rol oynar. Hastalık çoğunlukla tek ya da çift taraflı parotitis bezi şişmesiyle karakterizedir. Orşit veya menenjit nadiren bu bulgu ortaya çıkmadan, tek başına hastalığa ait ilk bulgu olabilir (2). Parotit, olgularımızın bir tanesi hariç, tümünde nonspesifik şikayetleri takiben ilk bulgu olmuştur. Hastalarımızın biri hariç tümü, doktora parotislerinde şişmeyle birlikte testislerinde ağrı, şişme ve kızarma şikayetiyle başvurmuşlardır. On olgumuzdan ikisi acilde akut pankreatit yönünden Çocuk Cerrahisi Kliniği tarafından değerlendirilmiş, daha sonra istenen konsültasyon sonucu servisimize alınmışlardır.

Tüm hastalarda fizik muayene bulguları, parotitis bezi ve testislere sınırlı kalmış, sistemik bir patoloji saptanmamıştır.

Olgularımızın tümü, yatak istirahati, testis elevasyonu ve soğuk kompres uygulamasına ek olarak oral nimesulid kullanmış ve tam iyileşmeyle iki hafta içerisinde taburcu edilmişlerdir. Altıncı ayda önerilen spermiyogram sonuçlarına göre ise, hastaların hiçbirisinde patoloji saptanmamış, tüm sonuçlar normal sınırlar içerisinde bulunmuştur. Orşitin ağır seyrettiği olgularda %2'lik prokain hidroklorür ile spermatik kordon bloğu önerilmektedir (4). Steroidler, dietilstilbesterol ve interferon-2b farklı zamanlarda testiküller atrofi ve azospermi komplikasyonlarını azaltma ama-

çıyla denenmiş, fakat sağlıklı veriler elde edilememiştir (5).

Epididimoorşit, kabakulağın erişkin yaşta en sık görülen komplikasyonudur ve her altı hastadan birinde testiküller tutulum bilateralidir. Vakaların 2/3'si parotitle birlikte aynı hafta içerisinde gelişirken 1/3'ü ikinci haftada gelişir. Orşit kabakulağın diğer belirtileri olmadan da ortaya çıkabilir. Sıklıkla testiste lokal ağrı, kızarıklık ve büyümeyle birlikte skrotal eriteme neden olur. Ateş, baş ağrısı, kusma gibi şikayetlerin %85'i ilk beş gün içerisinde, semptomatik tedavi ile düzeldikçe olguların %20'sinde testiküller hassasiyet iki haftadan uzun sürebilir (2,3). Olgularımızın birinde orşiti takip eden parotit ikinci haftada gelişmiş, birinde de orşit kabakulağı takiben ikinci haftada gelişmiştir. Diğer vakalarda orşit komplikasyonu parotiti takip eden ilk hafta içinde gelişmiştir. Bize başvuran olgularda olduğu gibi epididimoorşit görülmesi nispeten nadir rastlanan bir durum olmakla beraber, komplikasyonsuz vakaların doktora hiç başvurmadıkları akla gelebilir. Dikkati çeken bir diğer nokta da orşit olgularımızın tümünde bulguların bilateral olmasıdır. Hemen hemen her olguda orşit unilateral başlamış olmakla beraber, diğer testis de tabloya az ya da çok dahil olmuştur. Kabakulak orşitinin sebep olduğu anksiyete, en az hastalığın kendisi kadar rahatsız edici, geçirilmesi en zor klinik bulgudur. Testiküler atrofinin neden olabileceği seküel impotans ve sterilite abartılarak ciddi psikolojik korkulara neden olabilmektedir. Testisin bilateral tutulduğu olgularda dahi sterilite oldukça nadirdir; impotans ise hiç görülmemektedir (2). İnfertil erkekleri konu alan geniş serili çalışmalarda, kabakulak orşiti nadiren etyolojik ajanlar arasında görülmektedir (6). Kabakulak orşitinin testis kanserine neden olabileceğine dair ilk yayın 1963 yılında Kaufman ve Bruce (7) tarafından yapılmışsa da bu konuda yeterince çalışma mevcut değildir. Orşitin ayırıcı tanısı için idrar, prostat salgısı ve sperm kültürlerin yapılması önerilmekle beraber, kabakulak orşiti tanısında güçlük olmadığından bunlar çoğunlukla yapılmaz. Bu çalışmadaki olguların tümünde kabakulaklı çocuklarla yakın temas ve çoğunda parotiti takiben gelişen orşit öyküsü bulunduğundan, yapılan kabakulak IgM antikor testleri ve ultrasonografi yeterli bulunmuştur.

Sunulan olguların tümünün klinik seyri esnasında epididimoorşit görülmesi ve bu komplikasyonun parotit gelişmeden de olabilmesi nedeniyle, akut testis hipertrofilerinde ayırıcı tanıda kabakulağın da akla getirilmesi, ileri inceleme yöntemlerine geçmeden, testislerin korunma şansını arttırabilecektir.

Bu çalışmada ulaşılan sonuç ve önerileri özetlemek gerekirse: [1] 2001 yılı kış ve bahar aylarında Anabilim Dalımız Polikliniğine başvuran olgular diğer yıllardakine göre 8-10 misli fazlaydı. Başvuranların hepsi erkekti ve parotitis bezi şişliği yanında orşitle ilişkili yakınmaları mevcuttu. Kabakulak bildirim zorunlu bir hastalık olmadığı için Sağlık Müdürlüğü'nden daha önceki yıllara veya 2001 yılına ait verileri temin etmek mümkün olmadı. Dolayısıyla 2001 yılında bir salgın olduğu izlenimi alınmakla birlikte bu durum epidemiyolojik olarak kayıtlı bilgilerle desteklenemedi. Başvuranların sadece erkek olması orşit komplikasyonu nedeniyle hastaneye gelme olasılığının fazla olmasıyla açıklanabilir. Kabakulak, bildirim zorunlu hastalıklar içine alınmalıdır. [2] Olguların hiçbirinde önceden kabakulak aşısı uygulanmamıştı. Erişkinde kabakulak hastalığının daha komplikasyonlu seyrettiği, orşit gibi endişe verici ve önemli işgücü

kaybına yol açan komplikasyonları göz önüne alındığında, ülkemizde rutin uygulamada olmayan kabakulak aşısının en azından hekimler, ana ve ilkokul öğretmeni gibi risk gruplarında uygulanması yararlı olacaktır. [3] Komplikasyonla seyreden kabakulak olgularında beklenen lökositoz, formülde polimorfonükleer lökosit hakimiyeti ve sola kayma, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP artışı bizim olgularımızın da en az yarısında mevcuttu. Serum amilaz düzeyleri beklediği gibi pankreatit olmasa da yüksekti. İki olgudaki hafif ALT yükselmesinin NSAİ tedavisine bağlı olabileceği düşünüldü. [4] Kabakulak orşitinde 1/6 oranında beklenen testislerin tek taraflı tutulumu bu olguların hiçbirisinde yoktu ve hepsinde bilateral tutulum mevcuttu. [5] Kabakulak tedavisinde adı geçen steroid, dietilstilbesterol gibi ilaçlar hiçbir olgumuzda kullanılmamıştır. Sadece NSAİ ve lokal uygulamalarda hastalar en fazla iki hafta içerisinde iyilik haliyle taburcu edildi. Bilateral tutulumu rağmen 6 ay sonraki kontrollerinde olguların hiçbirinde impotans gelişmediği, spermioqramlarında azospermi oluşmadığı görüldü.

#### Kaynaklar

1. Kurt H. Kabakulak. *In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, eds. İnfeksiyon Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1996: 358-60
2. Baum S, Litman N. Mumps virus. *In: Mandell G, Bennett J, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000: 1776-82
3. Arguedas A, Janai HK, Marks MI. Mumps. *In: Gorbach S, Bartlett J, Blacklow NR, eds. Infectious Diseases*. Philadelphia: Saunders Co, 1998: 1325-9
4. Lyon RF, Bruyn HB. Mumps epididymo-orchitis: treatment by anesthetic block of the spermatic cord. *JAMA* 1966; 196:736
5. Erpenbach KH. Systemic treatment with interferon-alpha 2B: an effective method to prevent the sterility after bilateral mumps orchitis. *J Urol* 1991; 146:54
6. Haas GP, Shumaker BP, Cerny JC. The high incidence of benign testicular tumors. *J Urol* 1986; 135: 494
7. Kaufman JJ, Bruce PT. Testicular atrophy following mumps, a