

**KABAKULAK ve TROMBOSİTOPENİK PURPURA OLGUSU****Mevlüt BİCAN<sup>1</sup>, Murat İNAN<sup>1</sup>, Y.Tuğrul KARAKUŞ<sup>1</sup>****ÖZET**

İdiopatik trombositopenik purpura, çocuklarda görülen edinsel trombositopeninin en sık nedenidir. Çoğunlukla akut ve spontan düzeldir. Kabakulak enfeksiyonu sıklıkla çocukluk çağında görülen viral bir enfeksiyondur. Bu yazıda akut kabakulak enfeksiyonu sırasında saptanan semptomatik idiyopatik trombositopenik purpura olgusu sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** idiyopatik trombositopenik purpura, kabakulak

**A Case of Mumps and Idiopathic Thrombocytopenic Purpura****SUMMARY**

Idiopathic thrombocytopenic purpura is the most common cause of acquired thrombocytopenia in children. It usually develops acutely and recovers spontaneously. Mumps is a viral infection which often appears in childhood. It rarely has severe complications. In this article, a symptomatic case of ITP occurred during acute mumps infection is presented.

**Key words:** idiopathic thrombocytopenic purpura, mumps

İdiopatik trombositopenik purpura (İTP) genellikle kendini sınırlayan, otoimmün bir hastalıktır. Çocuklarda görülen akkiz trombositopeninin en sık nedenidir. Sıklıkla geçici olduğu için gerçek insidansı bilinmemekte, yılda yaklaşık 10.000'de 1 oranında görülmektedir.<sup>1,2</sup> En sık 2-6 yaşlarında görülür. Çocuklarda İTP olgularının % 85-90'ı akut tiptir ve % 50-65'inde öyküde 1-4 hafta önce geçirilmiş viral enfeksiyonlar tespit edilir. Suçiçeği, kızamık, kabakulak, parvovirüs, EBV, CMV, HIV gibi birçok virüs ve aşılama etyolojide suçlanmaktadır. İTP, trombosit yaşam süresinin kısalması, plazmada antitrombosit antikorların varlığı ve kemik iliğinde megakaryositlerin artmasıyla karakterizedir. Trombosit antijenlerine karşı oluşan antikorlar trombosit yüzeyine yapışır ve bu trombositler retiküloendotelial sistem tarafından dolaşımdan temizlenir.<sup>1,2</sup>

Kabakulak başta parotis bezi olmak üzere bir veya daha fazla tükrük bezinde ağrılı şişme ile karakterize viral bir hastalıktır. Rutin kabakulak aşısı yapılmayan bölgelerde endemiktir. Meningoensefalit ve orşit sık komplikasyonlarıdır. Nadiren artrit, tirodit, mastit, glomerülonefrit, myokardit, trombositopeni, serebellar ataksi, transvers myelit, pankreatit ve sağırılık gelişebilmektedir. Çocuklarda prognozu hemen daima iyidir.<sup>1,3</sup>

Olgumuzda akut kabakulak enfeksiyonu sırasında semptomatik hale gelen İTP nadir komplikasyonlardan olduğu için sunulmuştur.

**OLGU**

4 yaşında erkek hasta vücudunda morluklar ve yüzünün sağ tarafında şişlik nedeniyle başvurduğu doktor tarafından trombosit sayısının 27.000/mm<sup>3</sup>,

saptanması üzerine İTP ön tanısıyla hastanemize sevk edilmiş. Öyküsünden ayaklarındaki morluğun 2 ay önce, yanağındaki şişliğin bir gün önce başladığı, komşularının çocuğunun iki hafta önce kabakulak geçirdiği öğrenildi. İlaç alım öyküsü ve toksik maddeye maruziyet öyküsü yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özelliği olmayan hastaya kabakulak aşısı yapılmamış. Fizik muayenesinde; TA:90/60 mmHg, Ateş: 36.7°C, KTA: 84/dk, SS:20/dk, parotis bezleri bilateral şiş ve steno kanalı ağzı hiperemik, alt ekstremiteelerde yaygın, sağ gluteal bölgede 3 adet 2x2 cm, solda 4x2 cm eski, sağ antekubital bölgede 3x3 cm yeni ekimoz alanları ve göğüs ön yüzünde peteşiler saptandı. Hepatosplenomegali ve lenfadenopati yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 7400/mm<sup>3</sup>, Hb:12.6 g/dl, PLT: 39000/mm<sup>3</sup>, PT:12.7sn, PTT:26.4sn, AST:37 U/L, ALT:34 U/L, Amilaz:754 U/L (N:30-100), Kabakulak IgM: (+), periferik yaymada her sahada iki tane trombosit görüldü. Hastadan gönderilen ANA negatif olarak saptandı.Yapılan kemik iliği aspirasyonu incelemesinde matür ve immatür megakaryositlerin artmış diğer serilerin normal olduğu görüldü. Hastaya bu bulgularla kabakulak enfeksiyonu ve İTP teşhisi kondu. Hasta tedavi verilmeden takibe alındı. Trombosit sayısı sırasıyla 1. gün 47.000/mm<sup>3</sup>, 3. gün 99.000/mm<sup>3</sup>, 4. gün 187.000/mm<sup>3</sup> oldu. Kabakulak semptomları 3 gün içinde geriledi. Kanaması olmadı, peteşi ve ekimozları giderek kayboldu. Trombosit sayısı birinci ay 165.000/mm<sup>3</sup>, ikinci ay hastanın üst solunum yolu enfeksiyonun olduğu dönemde trombosit sayısı sırasıyla 35.000/mm<sup>3</sup>, 63.000/mm<sup>3</sup>, 32.000/mm<sup>3</sup>, 68000/mm<sup>3</sup>, üçüncü ay 125.000/mm<sup>3</sup>, dördüncü ay 92.000/mm<sup>3</sup>, beşinci ay 199.000/mm<sup>3</sup>, altıncı ay 239.000/mm<sup>3</sup>, yedinci ay 199.00/mm<sup>3</sup> ve sekizinci ay 201.000/mm<sup>3</sup> oldu.

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, DENİZLİ

## TARTIŞMA

İTP olgularında normalde 7-10 gün olan trombosit yaşam süresi birkaç dakika ile 1-4 saate düşmüştür. İTP genelde kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte mükökütanöz kanamalar, nadiren gastrointestinal kanamalar gelişebilmektedir. Hastalığın en önemli komplikasyonu vakaların %1'inden azında görülen intrakranial kanamalardır.<sup>1,2</sup> Hastalarda genelde geçirilmiş viral enfeksiyon tespit edilmekle birlikte İTP vakalarının %13.3'ünde akut enfeksiyon tespit edilmiştir.<sup>4</sup> Bizim olgumuzda da akut kabakulak enfeksiyonu vardı. Hastalığın düzelmesi ile trombositopeni de düzeldi. Fakat hastada iki aydır devam eden ekimozların olması İTP'nin daha önce oluşmuş olabileceğini de akla getirmektedir. İlimli seyreden İTP, akut kabakulak enfeksiyonu ile bariz hale gelmiş olabilir. Polat ve ark<sup>5</sup>, Büyükavcı ve ark<sup>6</sup> kabakulak sonrası gelişen İTP vakaları IVIG ile tedavi edilmişken bizim vakamız spontan olarak düzeldiği için yazmayı uygun bulduk. Ülkemizde rutin MMR aşısı yapılmadığı için kabakulak enfeksiyonu endemik olarak görülmektedir, bununla birlikte kabakulakla ilişkili İTP vakaları nadirdir. Asemptomatik seyreden ve teşhis edilemeyen kabakulak ilişkili İTP vakaları da olabileceği için insidansını tespit etmek güçtür.

İdiopatik trombositopenik purpura geçici ve kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte trombosit sayısı 20000' nin altında ise spontan kanamalar gelişebilir ve dikkatli izlem gerektirir. Kabakulak enfeksiyonu % 30-40 oranında subklinik enfeksiyon şeklinde geçirilmektedir. Kabakulak enfeksiyonu tanısı parotis bezinde şişlik ve kızarıklık ile konulmaktadır. Kabakulak enfeksiyonunun endemik olduğu ülkemizde rutin MMR aşısı uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Montgomery RR, Scott JP. Idiopathic thrombocytopenic purpura In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 17th ed. Philadelphia: WB Saunders Comp. 2004:1670-1671.
2. Lanzkowsky P. Disorders of Platelets. Manuel of Pediatric Hematology and Oncology. 3rd ed. 2000: 233-250.
3. American Academy of Pediatrics. Mumps, Pickering LK (ed). 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, 2000: 405-408.
4. Yenicesu I, Yetgin S, Ozyurek E, Aslan D. Virus-associated immune thrombocytopenic purpura in childhood. *Pediatr Hematol Oncol*. 2002; 19:433-437.
5. Polat A, Inan M, Cakaloz I, Karakuş YT. A case of symptomatic idiopathic thrombocytopenic purpura during mumps. *Pediatr Hematol Oncol* 2005; 22:215-218.
6. Büyükavcı M, Yıldırım ZK, Tan H. High-dose IVIG therapy in a child with idiopathic thrombocytopenic purpura associated with mumps. *J Pediatr Hematol Oncol* 2005; 27:1.

## YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Mevlüt BİCAN  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk  
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, DENİZLİ

Tel : 0 532 4934637/0 258 2410034-216  
Faks : 0 258 2410040  
E-Posta : drmbcan@mynet.com

Geliş Tarihi : 21.03.2005  
Kabul Tarihi : 10.11.2005