

# Üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası gelişen akut selim çocukluk çağı miyoziti

## Acute benign myositis following upper respiratory tract infection in childhood

Halil Akbulut<sup>1</sup>, Ümit Aydoğan<sup>2</sup>, Servet Yüksel<sup>3</sup>, Serkan Dilmen<sup>4</sup>, Orhan Çınar<sup>5</sup>, Mustafa Arduç<sup>6</sup>, Oktay Sarı<sup>2</sup>, Tunga Altunbulak<sup>6</sup>, Kenan Sağlam<sup>7</sup>

### Özet

Çocukluk çağı akut selim miyoziti üst solunum yolu enfeksiyonu sonrasında gelişen, kendini sınırlayan ve destek tedavisi ile komplikasyonsuz iyileşen klinik durumdur. Akut dönemde, ilerleyerek çocuğun yürümesini engellemesi ve ağrıya yol açmasıyla hekim ve aile babaları telaşlandırabilir. Sık görülmeyen hastalık, Guillain Barré Sendromu ile karışabileceğinden birinci basamak hekimince iyi bilinmeli ve diğer klinik tablolardan ayırt edilebilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Enfeksiyon, çocuk, miyozit.

### Summary

Childhood acute benign myositis is a self-limiting clinical state that forms after an upper respiratory tract infection which recovers by supportive treatment without any complications. It is a situation which worries doctors and especially parents because it occurs progressively and is a painful situation limiting walking. Even though the disease is not commonly seen, it might be confused particularly with Guillain-Barré syndrome. Therefore, it should be well-known by primary care physicians and distinguished from other clinical cases.

**Key words:** Infection, child, myositis.

Özellikle kış aylarında birinci basamak hekimi epidemik üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) ile sık karşılaşır. Tedavisi kolay görünen ÜSYE bazı önemli komplikasyonlara yol açabilir; larenjit, trakeobronşit... Nadir de olsa ÜSYE sonrasında inflamatuvar kas-eklem tutulumu gelişebilir. Bu tablolardan biri de kliniği Guillain-Barré sendromuna (GBS) benzeyen akut selim çocukluk çağı miyozitidir. Çalışmamızda aile hekimi merkezine başvuran ve ÜSYE sonrası akut selim miyozit tanısı konan sekiz yaşında bir olgu sunulmuştur.

### Olgu Sunumu

Sekiz yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı, halsizlik, yüksek ateş, öksürük, burun tıkanıklığı şikayetleri ile dispanse başvurdu. Aile hekimi uzmanı, fizik muayenede fa-

renksin hiperemik olduğunu, postnazal akıntı bulunmadığını saptadı. Kalp sesleri dinlemekle ritmik, ek ses ve üfürüm yoktu, akciğer sesleri dinlemekle normal, nörolojik muayene normal idi. Hastanın ateşi 37.8 °C idi. Aile öyküsü özellik arz etmiyordu. Hastaya, amoksisilin-klavulanik asit 40 mg/kg/gün 2x1 ölçek, parasetamol-oksalomin sitrat, klorfeniramin maleat 3x1 ölçek verildi. Hasta velisine gerekli bilgi ve öneriler verilerek 1 hafta sonra kontrole çağırıldı. Kontrole getirilen hastanın başvuru anındaki şikayetleri kalmamıştı. Yapılan fizik muayenesi de normaldi.

Kontrolden dört gün sonra öğlen okuldan dönen çocuğun gün içerisinde sol uyluk arka kısmında ağrı başlamıştı. Ailesi çocuğu uyutmuş fakat uyku sonrasında çocukta her iki uyluk arka kısmında şiddetli ağrı, yürüye-

<sup>1</sup> 4. Ana Jet Üs Aile Hekimliği Servisi, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara

<sup>2</sup> GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yrd. Doç. Dr., Ankara

<sup>3</sup> GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi, Asistan Dr., Ankara

<sup>4</sup> GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Acil Tıp Uzmanlık Öğrencisi, Asistan Dr., Ankara

<sup>5</sup> GATA Acil Tıp Anabilim Dalı, Acil Tıp Uzmanı, Yrd. Doç. Dr., Ankara

<sup>6</sup> 4. Ana Jet Üs Aile Hekimliği Servisi, Pratisyen Dr., Ankara

<sup>7</sup> GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Uzmanı, Prof.Dr., Ankara

meme şikayeti ortaya çıkmıştı. Aile çocuğu dispanser acil servisine götürmüş ve çocuğu daha önce muayene eden doktor tesadüfen o akşam nöbetçi olduğundan aynı hastayı tekrar muayene etme fırsatını yakalamış.

Hastanın acil serviste yapılan fizik muayenesinde, her iki tarafta kuadriseps kaslarının tendonlarında palpasyonla hassasiyet saptandı. Ancak şişlik, kızarıklık veya lase-rasyon tespit edilmedi. Kas gücü muayenesinde ayak, bacak ve uyluk kaslarının güçleri normal bulundu. İlgili bölgelerde ağrı, ısı veya his duyusu kaybı yoktu. Ancak çocuk destekle yürüyebiliyordu. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Vücudun diğer kısımlarında kas-iskelet sistemi şikayeti ve bulgusu yoktu. Nörolojik muayenede göz dibi, direkt/indirekt ışık refleksleri normal bulundu. Viral enfeksiyon sonrası GBS gelişmiş olabileceği düşünülerek, aile bilgilendirilerek çocuk nörolojisine acil olarak sevk edildi.

Buradaki tetkiklerde kreatin kinaz (CK): 1,566 U/L (55-170), aspartat aminotransferaz (AST): 46 U/L (1-36), alanin aminotransferaz (ALT): 49 U/L (1-45), sedimentasyon: 26 mm/saat (5-15), lökosit (WBC): 9,800/mm<sup>3</sup> (4,000-11,000) bulundu. Öntanı viral ÜSVE'ye bağlı akut selim miyozitti. Alınan nazofarengeal sürüntü örneği mikrobiyoloji laboratuvarına yollandı. Hastaya parasetamol 4x1 ölçek verildi ve bir hafta yatak istirahati önerildi. Ailesine de önerilerde bulunularak kontrole çağırıldı. Yapılan kültürde İnfluenza tip-B tespit edildi. On gün sonra hastanın kuadriseps ile ilgili şikayetleri düzeldi, çocuk normal günlük yaşamına dönebildi. Yine bu dönemde yapılan CK, AST, ALT, WBC ve sedimentasyon tetkikleri de normal sınırlarda idi.

## Tartışma

Viral ÜSVE, birinci basamakta çok sık karşılaşılan bir hastalıktır. Özellikle kış aylarında epidemik bir enfeksiyon ajanı olan influenza, ÜSVE'nin yaygın bir sebebidir.<sup>[1]</sup> İnfluenza enfeksiyonu, influenza A ve B olmak üzere iki tipe ayrılmaktadır. Bu iki tipten influenza B, altı kat daha sık görülür ve daha sık komplikasyona yol açar.<sup>[2]</sup> İnfluenza enfeksiyonuna bağlı ÜSVE sonrasında otitis media, larenjit, trakeobronşit, pnömoni daha sık görülürken, miyozit ise nadiren görülür.<sup>[3,4]</sup> İnfluenza virüsü enfeksiyonu sonrasında miyozit, ilk kez 1957'de Lundberg ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır.<sup>[5]</sup> her ne kadar ÜSVE yapabilen bir çok etken (respiratuvar sinsityal virus, adenoviruslar, herpes simpleks virüsü, Ebstein Barr virüsü, sitomegalovirüs, mikoplazma ve rotavirüs) miyozite yol açsa da, hastalık en sık influenza grubu virüslere bağlı olarak görülür.<sup>[1,3,6,7]</sup> 2000-2001 yılında Tayvan'da,

197 çocukta ÜSVE sonrası miyozit geliştiği saptanmıştır. Aynı çalışmada influenza A veya influenza B virüslerine bağlı akut selim miyozit gelişme riski %5.5 bulunmuştur.<sup>[2]</sup> İnfluenza virüsünün miyozit gelişimi üzerindeki etkisi saptanamamışsa da, virüslere bağlı inflamatuvar süreçlerin devreye girdiği ve bu hastalarda miyozit gelişimine genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir.<sup>[3,8]</sup>

Hastalık, 5-10 günlük prodrom sonrasında özellikle uyluk/bacak kaslarında ağrı ile başlar. Ağrı yürüme zorluğuna yol açabilir. Literatür özellikle gastroknemius, soleus ve hamstring kaslarının etkilendiğini belirtmektedir.<sup>[1,3,9]</sup> Avustralya Melbourn Üniversitesi Pediatri kliniğinde 1978-1997 yıllarında ÜSVE sonrası yürüme bozukluğu gelişen 38 çocuğu inceleyen Mackay ve arkadaşları, hastaların %81'inde izole gastrokinemius/soleus tutulumu saptadılar.<sup>[8]</sup> Çalışmamızdaki olguda izole hamstring tutulumu saptadık.

Miyozit, özellikle orta çocukluk çağındaki (6-8 yaş) erkek çocuklarda sık olarak görülür. Shimizu'ya göre erkek/kız oranı 2.4/1'dir. Ancak komplikasyonlar kızlarda daha sıktır.<sup>[10]</sup> Genellikle kendini sınırlayan hastalık 5-8 günde geriler.<sup>[1,3]</sup> Hastalarda ciddi CK yüksekliğine, bazı olgularda ALT ve AST yükselmesi de eşlik etmektedir. Farklı düzeylerde CK yüksekliği bildirilmiştir. Yayınların çoğunda 200-10,000 arasında olan CK düzeyi daha yüksek de olabilir. Yağcı ve arkadaşları, 2007'de bir çocuk hastadaki CK seviyesini 20,516 olarak bildirdiler.<sup>[1]</sup> Aşırı CK yüksekliği sonucu, rabdomiyoliz ve böbrek yetersizliği gelişebilir. Bu açıdan CK'si yüksek hastalarda dikkatli olunmalıdır. Hastamızda CK: 1,566 U/L idi ve izlemede herhangi bir kalıcı patoloji gelişmedi.

Çocukluk çağı akut selim miyozitinde gelişim hızlı olduğundan, aileler sıklıkla endişe duymaktadır. Bu endişe aileyi ve çocuğu olumsuz etkilediğinden hekimin olası öntanımlar için aileyi bilgilendirmesi önem taşır. Aile hekimini ÜSVE sonrasında miyozit gelişebileceğini unutmamalı, hastalığın bulgularını, akut selim miyozit ile GBS ve kas distrofilerinin ayırıcı tanısını bilmelidir. Burada en temel ayırım; akut selim miyozit ağrısının lokalize olması, bulguların takip ile gerilemesi ve aile öyküsünde kas hastalığı olmamasıdır.<sup>[1-3,7]</sup> Akut selim miyozitte sıklıkla nonspesifik sonuç veren kas biyopsisi gereksizdir. Bove ve arkadaşları, 12 akut selim miyozit olgusuna biyopsi uygulamışlar, 11 olguda nonspesifik minimal inflamatuvar infiltrasyon ve nekroz, bir olguda ise normal mikroskopik görünüm tespit etmişlerdir.<sup>[11]</sup> Ayrıca GBS'da derin tendon refleksleri kayıpken akut benign miyozitte normaldir. Hastalığın dermatomiyozit ile ayırımında ise derideki "Gottron plakları" önem taşır.<sup>[1,12]</sup> Her iki hastalık

da progresif seyirlidir. Oysa çocukluk çağı akut benign miyoziti kendini sınırlamaktadır.<sup>[1,3,8,13]</sup>

Büyüme ağrıları da, ağrının yeri dolayısıyla miyoziti andırır. Ancak ağrının özellikle gece görülmesi ve yürüme bozmaması ayırıcı tanıda kullanılabilir.<sup>[1,3,14]</sup> Yürüme zorluğu ve kas ağrısı şikayetleri ile aile hekimine başvuran tüm çocuklar gerekli öykü ve fizik muayeneden sonra, kesin tanı için mutlaka çocuk nörolojisine yönlendirilmeli, elindeki bulguları yeni müdavi hekime aktarmalıdır.

Watanabe ve arkadaşları, influenza enfeksiyonu sonrasında gelişen böbrek yetersizliğinin en sık nedeni olarak rabdomiyolizi göstermektedir. Böbrek yetersizliğine ilerleme ihtimali kızlarda dört kat yüksektir.<sup>[4]</sup> Bu nedenle CK yüksekliği mevcut olanlar yakından izlenmeli, sık sık kontrole çağırılmalıdır. Akut selim miyozit düşünülen hastada bulgular üç-dört günde gerilemiyorsa, ağırlaşıyor ya da CK artıyorsa hasta çocuk nörolojisine yönlendirilmelidir.

## Kaynaklar

1. Yağcı B, Tekşam Ö, Cengiz AB. İnfluenza B enfeksiyonuna bağlı çocukluk çağı akut benign miyoziti: bir vaka takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2007;50:262-3.
2. Hu JJ, Kao CL, Lee PI, ve ark. Clinical features of Influenza A and B in children and association with myositis. *J Microbiol Immunol Infect* 2004; 37:95-8.
3. Agyeman P, Duppenhaler A, Heiningen U, Aebi C. Influenza-associated myositis in children. *Infection* 2004;32:199-5.
4. Watanabe T, Yoshikawa H, Abe Y, Yamazaki S, Uehara Y, Abe T. Renal involvement in children with Influenza A virus infection. *Pediatr Nephrol* 2003;18:541-4.
5. Lundberg A. Myalgia cruris epidemica. *Acta Paediatr* 1957;46:18-31.
6. Lamabadusuriya SP, Witharana N, Preethimala LD. Viral myositis caused by Epstein-Barr virus in children. *Ceylon Med J* 2002;47:38-6.
7. Ülger Z, Tosun A, Rala S, ve ark. Çocuklarda idiopatik orbital miyozit. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006;49:117-20.
8. Mackay MT, Kornberg AJ, Shield LK, Dennet X. Benign acute childhood myositis laboratory and clinical features. *Neurology* 1999;53:2127-31.
9. Rennie LM, Hallam NF, Beattie TF. Benign acute childhood myositis in an accident and emergency setting. *Emerg Med J* 2005;22:686-8.
10. Noma S. Acute myositis associated with influenza. *Nippon Rinsho* 2006; 64: 1921-3.
11. Bove KE, Hilton PK, Partin J, Farrell MK. Morphology of acute myopathy associated with Influenza B infection. *Pediatr Pathol* 1983;1:51-66.
12. Compeyrot-Lacassagne S, Feldman BM. Inflammatory myopathies in children. *Pediatr Clin North Am* 2005;52:493-520.
13. Rajajee S, Ezhilarasi S, Rajarajan K. Benign acute childhood myositis. *Indian J Pediatr* 2005;72:399-2.
14. Meier PW, Bianchetti MG. An 8-year-old boy with a 4-day history of fever, cough and malaise, and a 2-day history of painful calves and difficulty in walking. *Eur J Pediatr* 2003;162:731-2.

Geliş tarihi: 10.03.2011

Kabul tarihi: 19.07.2011

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Halil Akbulut

4. Ana Jet Üs Aile Hekimliği Servisi

Kazan, Ankara

Tel: 0312 304 31 44 / 47

e-posta: halilakbulut@live.com