

Bölüm 5

Parotis Bezi Enfeksiyonları ve Medikal Tedavisi

Erdinç ÇEKİÇ¹

GİRİŞ

Tükürük bezleri majör ve minör olarak iki gruba ayrılırlar. Majör tükürük bezleri içerisinde parotis, submandiler ve sublingual bezler yer alırken. Minör bezler ağız boşluğu, burun, sinüsler, farinks ve larinks mukozalarında bulunan yüzlerce bezden oluşur. Bazı yazarlar sublingual bezi de minör tükürük bezi içerisinde değerlendirmektedir. Parotis bezi en büyük majör tükürük bezi olup, 15-40 gr ağırlığındadır¹. İstirihatta halinde parotis bezi günlük tükürük salgısının %25 kadarını sağlamaktadır. Boyut olarak en büyük tükürük bezi olmasına rağmen günlük salgılanan tükürük miktarına göre submandibuler bezden sonra ikinci sırada gelmektedir¹. Parotis bezi histolojik olarak diğer bezlerden farklı asiner hücrelere sahip olup, bu hücreler proteinden zengin saf seröz sıvı salgılarlar. Salgılanan tükürük Stenon kanalı vasıtasıyla maseter kası üzerinde ilerler ve buccinatör kası delerek 2. molar diş hizasında ağız içerisine açılır¹.

Parotis bezinin inflamasyon ve enfeksiyon durumuna parotitis adı verilir. Parotitis klinik tablosu; akut, kronik veya tekrarlayan akut alevlenmelerle giden kronik tablo olarak 3 şekilde seyredebilir. Akut parotitis, bakteriyel kaynaklı olabileceği gibi viral kaynaklı sebeplerle de oluşabilmektedir. Tüm dünyada en sık görülen akut viral parotitis sebebi kabakulaktır ve epidemik parotitit olarak da adlandırılır.

Parotitis insidansı tüm hastane başvurularının %0.01-0.02'si, tüm postoperatif hastaların %0.002-0.04 arasında raporlanmaktadır².

PATOGENEZ VE MİKROBİYOLOJİ

Parotis bezi enfeksiyonlarını kolaylaştıran faktörler arasında dehidratasyon, malnütrisyon, immunosupresyon, trakeostomi ve dental enfeksiyon gibi durumlar sa-

¹ Uzm. Dr. Erdinç ÇEKİÇ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Bölümü erdinc82@gmail.com

SONUÇ

Parotis bezinin inflamasyon ve enfeksiyon durumuna parotitis adı verilir. Parotitis klinik tablosu; akut, kronik veya tekrarlayan akut alevlenmelerle giden kronik tablo olarak 3 şekilde seyredebilir. Akut parotitis, bakteriyel kaynaklı olabileceği gibi viral kaynaklı sebeplerle de oluşabilmektedir. Tüm dünyada en sık görülen akut viral parotitis sebebi kabakulaktır ve epidemik parotitis olarak da adlandırılır. Akut parotitis klinik tablosunda ani gelişen kızarıklık, ısı artışı ve kulak önüne ve arkasına yayılan ağrılı şişlik görülmektedir Hastalar genellikle ayaktan tedavi edilebilir ve hastane yatışı gerektirmezler. En sık görülen etken *Staphylococcus aureus* olduğu için toplum kaynaklı enfeksiyon durumlarında nafsilin, oksasilin veya sefazolin kullanılabilir.

Kronik bakteriyel parotitis, tükürük bezi kanalları içerisindeki taş veya daha önce geçirilmiş travmaya bağlı kanal stenozları sonrası tekrarlayan ağrı, inflamasyon atakları ile giden bir hastalıktır. Azalmış tükürük salgınımına bağlı bakteriyel enfeksiyonların superimpoze olmasından dolayı geliştiği düşünülmektedir. Hastalık parotis bezi üzerinde hafif ama devamlı bir inflamasyon ve şişlik olabileceği gibi ataklar arasında şişliğin tamamen düzeldiği bir klinik tablo da görülebilir.

Bütün kronik parotitisler enfeksiyöz kaynaklı değildir. Özellikle çocuklarda görülen Çocukluk çağı tekrarlayan parotiti ayrı bir hastalık olarak kabul edilmektedir ve etiyolojisinde otoimmün, viral veya Stenon kanalının konjenital malformasyonu gibi sebepler olabileceği düşünülmektedir. Bunun dışında parotis bezinin kronik inflamasyonu ile giden Mikulicz Hastalığı, Sjögren Sendromu gibi ayırıcı tanılar içinde yer alan diğer kronik parotitis tabloları da vardır.

KAYNAKLAR

1. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İkinci Baskı (2013) Güneş Tıp Kitabevi. Bölüm 6.5 Tükürük Bezi Enfeksiyonları pp 733-752
2. Fattahi TT, Lyu PE, Van Sickels JE. Management of acute suppurative parotitis. J. Oral Maxillofac Surg 2002; 60:446-448
3. Bradley PJ. Microbiology and management of sialoadenitis. Curr Inf Dis Rep 2002; 4:217-224.
4. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis : Microbiology and management J. Craniofacial Surg 2003 ; 14:37-40
5. Brook I. The Swollen neck. Cervical lymphadenitis, parotitis, thyroiditis and infected cyst. Inf Dis Clin North Am 1988;2(1): 221-36
6. Seifert G, Mielke A, Haubrich J, Chilla R: Diseases of The Salivary Glands. Thieme Inc New York . 1986.22-86
7. Spiegel R. Miron D. Sakran W, Horowitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review Pediatr Infect Dis J 2004; 23 (1): 76-8
8. McQuone SJ. Acute viral and bacterial infections of the salivary glands. Otolaryngology Clin North Am 1999; 32 (5): 793-811
9. Schjødt M, Dodd CL, Greenspan D, et al. Natural history of HIV-associated salivary gland disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992;74(3):326-331.

10. Nahlieli O, Schacham R, Shlesinger M, et al. Juvenile recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics* 2004;114:9–12.
11. Roby BB, Mattingly J, Jensen EL, Gao D, Chan KH. Treatment of Juvenile Recurrent Parotitis of Childhood: An Analysis of Effectiveness. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;141(2):126–129. doi:10.1001/jamaoto.2014.3036
12. Ramakrishna J, Strychowsky J, Gupta M, et al. Sialendoscopy for the management of juvenile recurrent parotitis: a systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope* 2015;125:1472–9.
13. Hernandez S, Busso C, Walvekar RR. Parotitis and Sialendoscopy of the Parotid Gland. *Otolaryngol Clin North Am*. 2016 Apr;49(2):381-93. doi: 10.1016/j.otc.2015.12.003. Epub 2016 Feb 22. PMID: 26912292.
14. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:951–6.
15. Carroll WW, Walvekar RR, Gillespie MB. Transfacialultrasound-guided gland-preserving resection of parotid sialoliths. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;148:229–34.
16. Shaffer AJ, Jacobsen AW. Mikulicz's syndrome, a report of ten cases. *Amer J Dis Child*. 1927. 34:342-6.
17. Sjogren H. Keratoconjunctivitis sicca. *Acta Ophthalmologica*. 1933. Supplement 2:1-145.
18. Ramos-Casals M, Font J. Primary Sjögren's syndrome: current and emergent aetiopathogenic concepts. *Rheumatology (Oxford)*. 2005 Nov. 44(11):1354-67.