

Altı yaşında bir çocukta tekrarlayan parotitis

A six-year-old child with recurrent parotitis

Cem Becerir*, Hacer Ergin*, Nevzat Karabulut**, Cüneyt Orhan Kara***

* Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Denizli

*** Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Denizli

**** Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz AD, Denizli

Özet

Tekrarlayan parotitis, parotis bezinin tek veya iki taraflı şişmesi ile karakterize, ataklarla seyreden, non-obstrüktif, non-süpüratif enflamatuar bir hastalıdır. Juvenil rekürren parotit olarak da bilinir. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte, konjenital duktus malformasyonları, genetik yatkınlık, enfeksiyonlar, alerji, otoimmün hastalıklar, immün yetmezlik suçlanmaktadır. Bu yazıda tekrarlayan parotitis tanısı alan bir hasta sunuldu. Hasta ateş, her iki parotis lojunda şişlik, kızarıklık ve ağrı yakınmalarıyla başvurdu. Şikâyetlerinin iki ay önce üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben başladığı, hastaya kabakulak tanısı konduğu, tedaviyle hastanın şikâyetlerinin hafiflemekle birlikte tekrarladığı öğrenildi. Tekrarlayan parotitis nadir görülmekle birlikte parotis bezine uyan bölgede tekrarlayan şişlik yakınması ile gelen çocuklarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Pam Tıp Derg 2012;5(3):136-138

Anahtar sözcükler: Tekrarlayan parotitis, parotis bezinde şişlik

Abstract

Recurrent parotitis is a non-obstructive, non-suppurative inflammatory disease which is characterized by unilateral or bilateral parotid gland swelling attacks. It is also known as juvenile recurrent parotitis. Although the aetiology is unknown, congenital malformations of the ductus, genetic predisposition, infections, allergies, autoimmune diseases, and immune deficiency are blamed. In this article, a six-years-old girl diagnosed with recurrent parotitis was presented because of its rare occurrence. The patient was presented with fever, swelling of both parotid regions, redness and pain. The complaints started two months ago following the upper respiratory symptoms, which was diagnosed as mumps. It was observed that the complaints had decreased with treatment but recurred. While recurrent parotitis is a rarely seen disease, it should be considered in the differential diagnosis of children with recurrent parotis region swelling.

Pam Med J 2012;5(3):136-138

Key words: Recurrent parotitis, parotid gland swelling

Giriş

Tekrarlayan parotit, parotis bezinin tek veya iki taraflı şişmesi ile karakterize, ataklarla seyreden, non-obstrüktif, non-süpüratif enflamatuar bir hastalıdır. Juvenil rekürren parotit olarak da bilinir [1,2]. Süpüratif parotitten farklı olarak parotis bezinde pü yoktur [2]. Parotis bezindeki şişliğe sıklıkla ağrı, ateş nadiren de kızarıklık eşlik eder. İnsidansı bilinmemekle birlikte sadece vaka serilerinin bildirilmiş olması nadir görüldüğünü düşündürmektedir [2]. Çocuklarda kabakulaktan sonra ikinci en

sık görülen tükrük bezi hastalığıdır. Küçük çocuklarda kabakulak ile ayırımını yapmak zordur [3]. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte, konjenital duktus malformasyonları, genetik yatkınlık, viral veya bakteriyel enfeksiyonlar, alerji, otoimmün hastalıklar, immün yetmezlik suçlanmaktadır [4]. Bu yazıda tekrarlayan parotit tanısı alan altı yaşındaki bir kız çocuğu, hastalığın nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

Olgu sunumu

Altı yaşındaki kız hasta ateş, her iki parotis lojunda şişlik, kızarıklık ve ağrı yakınmalarıyla

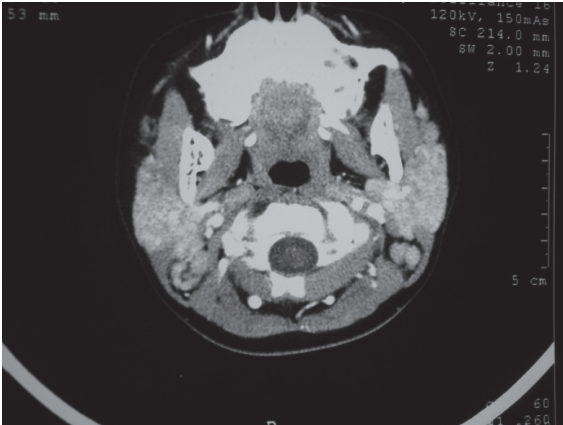
Cem Becerir

Yazışma Adresi: Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Denizli
e-mail: drcembecerir@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 02.04.2012

Kabul tarihi: 14.06.2012

başvurdu. Şikâyetlerinin iki ay önce üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben başladığı, hastaya kabakulak tanısı konduğu, şikâyetlerinin tedaviyle hafiflemeyle birlikte tekrarladığı, ağız ve göz kuruluğunun, eklem ağrısının ve şişliğinin, cilt döküntüsünün olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede ateş 38.8°C, sağ parotis lojunda 4x3 cm, sol parotis lojunda 2x1 cm sert, fiks, ağrılı, kızarıklık kitle saptandı. Diğer muayene bulguları normaldi. Boy ve vücut ağırlığı yaşına göre normalin %25-50 aralığındaydı. Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısının 16 500 µL, nötrofil oranının %80, eritrosit sedimentasyon hızının 46 mm/saat, C-reaktif proteinin 8.8 mg/dL, amilazın 1 764 U/L olduğu saptandı. Periferik yaymasında atipik hücre görülmeyen hastanın diğer biyokimyasal tetkikleri ve akciğer grafisi normaldi. Kan, idrar ve boğaz kültüründe üreme olmadı. Toksoplazma İgG ve İgM, rubella İgG ve İgM negatif, sitomegalovirüs İgG pozitif, İgM negatif, Salmonella ve Brusella tüp aglütinasyonları negatif, Epstein-Barr virüs belirleyicileri negatif olarak bulundu. Boyun ultrasonografisinde (US) her iki parotis bezinde çok sayıda hipoekoik alanlar, en büyüğü 12x6 mm boyutunda lenf nodları, bez içinde gölcükler, parankimde çok sayıda hiperekojen kalsifikasyonlar saptandı. Tekrarlayan parotit etiyolojisine yönelik araştırmada göz muayenesi normal olarak değerlendirildi; kuru göz ve üveit saptanmadı. İmmünglobülinler yaşa göre normal romatoid faktör, antinükleer antikor, anti-deoksiribonükleik asit, anti-SSA, anti-SSB antikorları negatif olarak saptandı. Parotisin bilgisayarlı tomografisinde (BT) küçük kistik genişlemeler ve bu yapıların üzerinde kalsifikasyon odakları rapor edildi (Resim 1).



Resim 1. Bilgisayarlı tomografi kesitinde bilateral parotis bezi lokalizasyonunda yaygın mikrokalsifikasyonlar ve kanallardaki tıkanıklığa bağlı küçük kistik oluşumlar, kronik enflamasyon ile uyumludur.

Tekrarlayan parotit tanısıyla sulbaktam-ampisilin tedavisi başlandıktan sonra hastanın şikâyetleri geriledi. Taburcu edildikten sonraki beş aylık takipte şikâyetlerinin beş kez tekrarladığı ve her defasında bir hafta içinde kendiliğinden gerilediği görüldü.

Tartışma

Tekrarlayan parotit, parotis bezinin tek veya iki taraflı şişmesi ile karakterize, ataklarla seyreden, non-obstrüktif, non-süpüratif inflamatuvar bir hastalıktır [1,5]. İnsidansı bilinmemekle birlikte nadir görülen bir hastalık olarak bildirilmektedir. Genellikle tek taraflıdır. Bilateral ise semptomlar bir tarafta daha belirgindir [3]. Hastamızda her iki parotis bezi tutulmakla birlikte sol parotiste semptom ve bulgular daha belirgindi. Leedom ve arkadaşlarının [2] 53 çocuğu kapsayan çalışmalarında, başlangıç yaşının iki-beş yaş arasında olup 10 yaşta zirve yaptığı saptanmıştır. Hastamızın şikâyetleri literatür ile uyumlu bir şekilde altı yaşında başlamıştır. Hastalık, hastamız gibi kız çocuklarında, erkek çocuklarından daha seyrek görülmektedir [4].

Tekrarlayan parotitte hastaların tamamında parotis bezinde şişlik (%100) olup, buna ağrı (%92), ateş (%41), kızarıklık ve ısı artışı eşlik etmektedir. Ateş (38.8°C), her iki parotis lojunda şişlik, kızarıklık, ağrı yakınmalarıyla başvuran hastamızın daha önce kabakulak tanısı ile takip edildiği öğrenildi.

Tekrarlayan parotitin tipik klinik tablosunda iki-yedi gün süren semptomlar ortalama üç günde sonlanmaktadır. Atakların üç-dört ayda bir tekrarladığı, yıllık ortalama atak sayısının sekiz olduğu ve 20 den fazla atak görülebildiği bildirilmektedir [2,5]. Hastamızın semptomları yedi günde gerilerken, beş aylık takip süresinde beş kez tekrarladığı görüldü. Tekrarlayan parotitis kendi kendini sınırlayan bir hastalık olup, birçok hastada puberteden sonra semptomların kaybolduğu, az sayıda olguda erişkin yaşta da devam ettiği bildirilmektedir [1,2].

Tekrarlayan parotitin etiyolojisinde konjenital duktus malformasyonları, genetik yatkınlık, viral veya bakteriyel enfeksiyonlar, alerji, otoimmünite ve immün yetmezlik suçlanmaktadır [3]. Tekrarlayan parotitisin izole İgG3 eksikliği, İgA eksikliği, X'e bağlı hipogammaglobulinemi, yaygın değişken immün yetmezlik ve gluten enteropatisi ile birlikteliği rapor edilmiştir. Ayrıca çocukluk çağıında tekrarlayan parotitin Sjögren sendromunun ilk bulgusu olabileceği bildirilmiştir [6]. Büyüme ve gelişimi, karaciğer fonksiyon testleri dahil biyokimyasal parametreleri normal olan, ishal,

kusma, kilo kaybı, hepatosplenomegali, periferik yaymada atipik hücre saptanmayan hastamızda maligniteden ve çölyak hastalığından, tüm immünglobülin değerleri ve romatoloji paneli normal olduğundan immün yetmezlik ve Sjögren sendromundan uzaklaşıldı.

Tekrarlayan parotitin tanısında öykünün iyi alınması ve klinik bulguların yanı sıra US, siyalogram, BT, manyetik rezonans (MR) ve MR siyalografi gibi radyolojik tetkikler yardımcıdır [2,7]. US'de parotis bezinde hipoekoik alanlar, duktusların genişlemesine bağlı gölcükler, BT ve MR'da kronik inflamasyon ile uyumlu olan küçük kistik oluşumlar ve bu yapıların duvarlarında mikrokalsifikasyon görülürken hastamızın US ve BT bulguları tekrarlayan parotitis ile uyumluydu [7,8].

Tekrarlayan parotitte etiyolojinin net olmaması nedeniyle tedavide fikir birliği yoktur [2]. Birçok uzman akut atakta antibiyotik kullanmazken, profilaktik antibiyotik kullanımının yararı da gösterilememiştir [2]. Ancak, akut atakta antibiyotik kullanımının, glandüler parankimde ek yıkımı önlediği bildirilmektedir [3]. Bakteriyel etiyoloji açısından kanıtlar yetersizdir. Streptococcus viridans en sık şüphelenilen ajan olmakla birlikte Haemophilus influenzae ve Streptococcus pneumoniae de suçlanmaktadır. Çalışmalarda normal ağız florası, aerobik ve anaerobik koklar tanımlanmıştır [2]. Hastaların tedavisinde penisilin ve amoksisilin-klavulanat, masaj, sıvı alımı, dehidratasyonun önlenmesi, sıcak uygulama, sakız çiğneme, siyalogog ajanlar, duktusa prob uygulanması ve dilatasyon önerilmektedir [1]. Birçok çocuğun

ağrısı parasetamol gibi basit analjeziklerle önlenmektedir [2]. Semptomların ağır olduğu vakalarda cerrahi olarak total parotidektomi, duktus ligasyonu, timpanik nörektomi veya radyoterapi tedavi seçenekleri arasındadır [3,8]. Hastamızda olası etkenler göz önüne alınarak akut atak döneminde sulbaktam-ampisilin ve parasetamol kullanıldı.

Sonuç olarak, tekrarlayan parotit nadir görülmeyle birlikte parotis bezine uyan bölgede tekrarlayan şişlik yakınması ile gelen çocuklarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığıni beyan eder.

Kaynaklar

1. Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. Arch Dis Child 1997;77:359-363.
2. Leerdam CM, Martin HC, Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. J Paediatr Child Health 2005;41:631-634.
3. Nahlieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenile recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment. Pediatrics 2004;114:9-12.
4. Huisman TA, Holzmann D, Nadal D. MRI of chronic recurrent parotitis in childhood. J Computer Assisted Tomography 2001;25:269-273.
5. Bhattarai M, Wakode PT. Recurrent parotitis in children. J Indian Assoc Pediatr Surg 2006;11:246-247.
6. Shkalim V, Monselise Y, Mosseri R, Finkelstein Y, Garty BZ. Recurrent parotitis in selective IgA deficiency. Pediatr Allergy Immunol 2004;15:281-283.
7. Sitheeque M, Sivachandran Y, Varathan V, Ariyawardana A, Ranasinghe A. Juvenile recurrent parotitis: clinical, sialographic and ultrasonographic features. Int J Paediatr Dent 2007;17:98-104.
8. Shimizu M, Ussmüller J, Donath K et al. Sonographic analysis of recurrent parotitis in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;86:606-615.