



# Erken Bebeklik Döneminde Bir Unilateral Süpüratif Parotit Olgusu

## An Unilateral Suppurative Parotitis Case in Early Infancy

Yelda Türkmenoğlu, Berna Akşahin, Sibel Kalçın, Sevilay Kök, Özden Turan

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

### ÖZET

Süpüratif parotit, çocukluk döneminde nadir görülen bir hastalıktır. Etyolojide en sık stafilokok aureus, viridans streptokoklar, gram negatif basiller ve anaerob bakteriler etkindir. Burada erken infantil dönemde unilateral süpüratif parotit tanısı alan bir olgu sunulmuştur. Sonuç olarak, süpüratif parotit erken ve uygun medikal tedaviyle düzelebilecek bir enfeksiyondur. *The Journal of Pediatric Research 2014;1(1):43-5*

**Anahtar Kelimeler:** Bakteriyel, bebek, parotit, süpüratif

### ABSTRACT

Suppurative parotitis is a rare disease in childhood. Infectious agents are staphylococcus, viridans streptococcus, gram negative bacilli and anaerob bacteria. Here, a case of unilateral suppurative parotitis in early infancy is presented. As a result, with early and suitable treatment, suppurative parotitis is an infection that heals without any complication. *The Journal of Pediatric Research 2014;1(1):43-5*

**Key Words:** Bacterial, infant, parotitis, suppurative

### Giriş

Erişkinlerde süpüratif parotit iyi tanımlanmış bir durum olmasına karşın çocuklarda yaygın olmayan bir enfeksiyondur (1,2). Yenidoğan döneminde ise hastaneye başvurularda 3,8-14/10,000 olarak bildirilmiştir (3,4). Yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı, dehidratasyon, parotis kanalında tıkanıklık, lokal travma ve immun supresyon ana risk faktörleridir (3-6). En sık etken *Staphylococcus aureus* (1-6). Burada, 35 günlük bir kız bebekte süpüratif parotit olgusu sunulmuştur.

### Olgu Sunumu

Yirmi beş yaşındaki sağlıklı annenin 2. gebeliğinden, zamanında, 2,890 gr ağırlığında, vaginal yolla doğan 35 günlük kız bebek, bir gün önce boynunun sağ yanında başlayan ve giderek kulak önüne yayılan şişliği nedeniyle

başvurdu. Öz ve soygeçmişinde özellik olmayan hasta anne sütü ile besleniyordu. Annesinde mastit bulgusu yoktu. Fizik muayenesinde, ağırlığı 4,430 gr, ateşi 37,6 °C olan bebeğin genel durumu iyi ve yenidoğan refleksleri normaldi. Dehidratasyon bulgusu olmayan hastanın sağ preauriküler bölgesinde 2x3 cm boyutlarında, üzeri hiperemik, ısı artışı bulunan, fluktuasyon vermeyen, palpasyonda ağırlı olduğu anlaşılan şişlik saptandı. Oral kavitenin muayenesinde Stenson kanalı ağızda pürülan materyal gözlemlendi. Stenson kanalı ağızdan kültür materyali alınırken pü aktığı görüldü (Resim 1 ve 2). Laboratuvar testlerinde; beyaz küre sayısı: 27,700/mm<sup>3</sup> (nötrofil %75), C-reaktif protein (CRP): 20,4 mg/dl ve eritrosit sedimentasyon hızı: 13 mm/saat idi. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, elektrolitleri, amilaz ve tam idrar tahlili normaldi. Ultrasonografide (USG) sağ parotis bez boyutu artmış (22x12 mm) ve bez içerisinde 4 mm çapında intraparakimal lenf nodu izlendi. Hasta süpüratif parotit olarak değerlendirildi ve

### Yazışma Adresi/ Address for Correspondence

Dr. Yelda Türkmenoğlu, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 212 221 77 77 E-posta: yldrkmngl@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 30.09.2013 Kabul tarihi/ Accepted: 02.10.2013



**Resim 1.** Parotis bölgesinde şişlik ve kızarıklık



**Resim 2.** Stenson kanalından pü drenajı

hemokültür alınarak sultamisilin ve gentamisin tedavisi başlandı. Bir gün sonra yüzündeki eritem ve ödem azalan hastanın hemokültüründe üreme saptanmadı. Stenson kanalı ağzından alınan kültürde ağız flora bakterileri üredi. Hastanın tedavisi 10 güne tamamlanarak taburcu edildi. Kontrol muayenelerinde enfeksiyon tekrarlamadı ve kontrol USG normal bulundu.

## Tartışma

Süpüratif parotit çocuklarda nadir görülen bir enfeksiyon olup Kamboçya'da yapılan bir çalışmada hastaneye başvurularda 7/100,000 olarak bildirilmiştir. Bu olguların yaş dağılımı ise 7/12 ile 14,6 yaş aralığındadır (2). Spiegel ve ark. 2004 yılına kadar İngilizce literatürde sadece 35 neonatal süpüratif parotit olgusu bulabilmişlerdir (4). O günden 2012 yılına kadar 16 yeni olgu eklenmiştir (5).

Parotis sekresyonu Ig A ve lizozim gibi bakteriostatik maddeler içermez, bu nedenle enfeksiyon diğer tükürük bezlerine oranla daha sık görülür (6). Prematüre doğum veya düşük doğum ağırlığı, erkek cinsiyet, dehidratasyon, immun supresyon, uzun süreli hastanede yatma, oral travma, parotis

kanalında tıkanıklık risk faktörleridir (3-6). Dehidratasyon, tükürük üretiminde azalma veya staz, sialektazi, duktusun taş veya tümör gibi nedenlerle tıkanıklığı parotise doğru retrograd akım için zemin hazırlar. Oral floradaki bakterilerin parotis kanalı içine kolonizasyonu ile enfeksiyon gelişir (5,6). Bizim hastamız ise kız bebek olup prematürelilik veya düşük doğum ağırlığı öyküsü bulunmamakta idi, ultrasonografide ise parotis bezine ait tıkanıklık ve anatomik bozukluk görülmemişti. Hastanın daha önce hastaneye yatma, ağız içine uygulanmış travma ve immun supresyon öyküsü yoktu, hastaneye başvurusunda dehidratasyon gözlenmemişti. Bu nedenle hastamızda süpüratif parotite yatkınlık sağlayacak bir neden bulunamadı.

Tüm yaş gruplarında Streptococcus viridans en sık izole edilen mikroorganizmadır, yenidoğanlarda ise %55 olguda en sık etkindir (4). Diğer sıklıkla karşılaşılan etkenler ise Streptococcus viridans, Streptococcus Pyogenes, Escherichia coli, Bacteriodes melaninogenicus ve Fusobacterium nucleatumdur (3-7). Klebsiella pneumoniae ve Pseudomonas aeruginosa, hematogen yolla gelişen sepsise bağlı süpüratif parotitte bildirilmişlerdir (8,9). Burkholderia pseudomallei ise Kamboçya'da kontamine suların kullanılması nedeni ile sık rastlanılan bir patojendir (2).

Çocuklarda süpüratif parotit ateş, parotis bezinde şişlik, eritem, hassasiyetle ortaya çıkar. Büyük çocuklar çiğneme sırasında rahatsızlık hissedebilirler (1). Laboratuvar incelemelerinde lökositoz ve nötrofil hakimiyeti görülür (1-3,5-7,9). Serum amilaz değerleri %45 olguda yükselmiştir, bu durum yenidoğanlarda tükürük bezi enzimlerinin aktivitelерinin immatür olmasıyla açıklanmaktadır (4). Bizim hastamızda subfebril ateşle beraber parotis bezinde şişlik ve hiperemi bulunmaktaydı. Lökositozu ve polimorfonükleer hakimiyeti olan hastanın amilaz değerleri ise normal sınırlarda idi. Radyolojik olarak parotis USG tanısı destekleyen ucuz ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Parotis USG bezin büyüklüğünün arttığını, parotis bezi içinde hipoekoik alanları, intraglandüler kitle ve abseyi, sialitiazis, Stenson kanalı anomalilerini ve neoplazileri gösterir. Süpüratif parotitte gland büyüklüğü artmış bulunur, abse varlığında hipoekoik alanlar görülebilir (6,9). Ayrıca, Özdemir ve ark. parotis bezinde ultrasonografi ile lenf nodu saptanmışlardır (9). Bizim olgumuzda da USG'de parotis bezinde büyüme ile birlikte 4 mm intraparankimal lenf nodu mevcuttu, abseyi düşündürecek bulgular yoktu ve tedavi ile düzeldiği görüldü.

Parotis bezinin büyümesi ile karışabilecek diğer durumlar travma, alt çenede enfeksiyon, kanalda tıkanıklığa neden olabilecek taş, adenom, lenfanjiom, hemanjiom ve lipomlardır (5,6,9). Travma öyküsü olmayan hastanın USG ile parotis bezinde tıkanıklığa yol açabilecek nedenler dışlanmıştı.

Süpüratif parotit için tanıda Stenson kanalından pü drenajı patognomoniktir (1,2,5,7,9). Çoğunlukla tek taraflı olmasına rağmen bilateral olgular da bildirilmiştir (1,5). Süpüratif parotit için tanı kriterleri ise parotis bezinde şişlik, Stenson kanalında pürülan eksuda ve pü kültüründe

patojenik bakterilerin üremesidir (1-6,9). Kültürler oral kontaminasyondan kaçınmak amacıyla Stenson kanalından veya iğne ile parotisten direkt aspirasyonla alınmalıdır (6). Bizim hastamızda Stenson kanalından alınan kültürde oral flora bakterileri üretilebilmiştir. Stoesser ve ark. parotisten alınan kültürlerde %87 oranında üreme gösterebilmişlerdir. Fransa'da yaşları üç aydan küçük beş bebek süpüratif parotit tanısıyla izlenmiş ve 2 hastanın hemokültüründe grup B streptococcus, diğer iki hastanın ise Stenson kanalından alınan kültüründe Staphylococcus aureus üretilmiştir. Geri kalan olguda ise hem hemokültürde hem de Stenson kanalından alınan materyalde herhangi bir patojen bakteri üretilmemiştir (7). Olgumuzda ise, tek taraflı parotiste büyüme ve hiperemi olup patognomonik bulgu olan Stenson kanalından pü drenajı görülmüştür, ancak pü kültüründe patojen bakteri belirlenememiştir.

Tedavisinde erken antimikrobiyal tedavi ile sıklıkla tam iyileşme görülür. Çoğunlukla 7-10 günlük tedavinin yeterli olduğu önerilmektedir. Stafilokok başta olmak üzere gram pozitif koklar ve gram negatif bakteriler için aminoglikozid ve sefalosporin kombinasyonları en uygun tedavi yaklaşımlarıdır (1-7). Kültürde metisiline dirençli stafilokok varlığında vankomisin kullanılmalıdır (5,9). Özdemir ve ark. hastalarına ampisilin-sulbaktam tedavisini başlamışlardır. Hastaların %78'inde uygun tedavi ile 24-48 saat içinde parotit boyutlarında küçülme görülür (4-6). Bizim tarafımızdan da hastaya ampisilin-sulbaktam ve gentamisin kombinasyonu uygulanmış ve ertesi gün şişlik ve hipereminin azaldığı görülmüştür. Beklenen düzelme olmayan durumlarda USG veya Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile radyolojik olarak abse varlığı araştırılmalıdır (1). Parotis içinde abse varlığında cerrahi drenaj gerekebilir (1,2,4,9,10). Ancak, bu uygulamalar uygun antibiyotik tedavisi ile azalmıştır (4,9,10). Abse oluşumu dışında en yaygın komplikasyonlar yüz felci, tükrük bezi fistülü, sialoadenit ve havayolu tıkanıklığına yol açabilen derin boyun enfeksiyonudur (1,5). Bizim hastamızda parotit

bu komplikasyonlar gelişmeden sulbaktam-ampisilin ve gentamisin birlikteliği ile düzelmiştir. 1970 yılından beri bu hastalıktan ölüm bildirilmemiştir (10).

Sonuç olarak preaurikuler bölgede eritematöz bir şişlik görüldüğünde süpüratif parotit olasılığı akla gelmeli ve bunun uygun ve erken tedaviyle komplikasyonsuz düzelebilecek bir enfeksiyon olduğu hatırlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Stong BC, Sipp JA, Sobol SE. Pediatric parotitis: a 5-year review at a tertiary care pediatric institution. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 541-4.
2. Stoesser N1, Pocock J, Moore CE, Soeng S, Chhat HP, Sar P, Limmathurotsakul D, Day N, Thy V, Sar V, Parry CM. Pediatric suppurative parotitis in Cambodia between 2007 and 2011. *Pediatr Infect Dis J* 2012; 31: 865-8.
3. Sabatino G1, Verrotti A, de Martino M, Fusilli P, Pallotta R, Chiarelli F. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. *Eur J Pediatr* 2009; 158: 312-4.
4. Spiegel R, Miron D, Sakran V, Horowitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23: 76-78
5. Decembrino L, Ruffinazzi G, Russo F, Manzoni F, Stronati M. Monolateral suppurative parotitis in a neonate and review of literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76: 930-3.
6. Schwab J, Baroody F. Neonatal suppurative parotitis: a case report. *Clin Pediatr (Phila)* 2003; 42: 565-6.
7. Makhoul J1, Lorrot M, Teissier N, Delacroix G, Doit C, Bingen E, Faye A. Acute bacterial parotitis in infants under 3 months of age: a retrospective study in a pediatric tertiary care center. *Arch Pediatr* 2011; 18: 1284-9.
8. Coban A, Ince Z, Ucsel R, Ozgeneci A, Can G. Neonatal suppurative parotitis: a vanishing disease? *Eur J Pediatr* 1993; 152: 1004-5.
9. Ozdemir H, Karbuz A, Çiftçi E, Fitoz S, Ince E, Doğru U. Acute neonatal suppurative parotitis: a case report and review of the literature. *Int J Infect Dis* 2011; 15: 500-2.
10. Ismail EA, Seoudi TM, Al-Amir M, Al-Esnawy AA. Neonatal suppurative parotitis over the last 4 decades: report of three new cases and review. *Pediatr Int* 2013; 55: 60-4.