

NON-TİFOİDAL SALMONELLANIN ETKEN OLDUĞU PAROTİS APSESİ

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 29.05.2020

Kabul: 04.06.2020

Yayın: 04.06.2020

Bekir Büyükçelik¹, Mehmet Emre Sivrice¹, Vural Akın¹, Yusuf Çağdaş Kumbul¹¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi**Özet****NON-TİFOİDAL SALMONELLANIN ETKEN OLDUĞU PAROTİS APSESİ**

Parotis apseleri parotisin süpüratif enfeksiyonlarının nadir bir komplikasyonudur. Dehidratasyon, immünsüpresyon, duktal obstrüksiyon gibi patolojiler riski arttırmaktadır. Parafarengeal boşluğa yayılmasıyla ya da sepsise neden olmasıyla hayatı tehdit edici sonuçlara yol açabilirler. Non-tifoidal salmonella türleri çok nadir parotis apsesine neden olur. Tedavinin temelinde predispozan faktörlerin ortadan kaldırılması, drenaj ve antibiyoterapi yer alır. Bu çalışmada non-tifoidal salmonellanın etken olduğu parotis absesi olgusunun tanı ve tedavi aşamaları sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Parotis, Apse, Salmonella, Drenaj, İmmünsüpresyon

Abstract**PAROTID ABSCESS CAUSED BY NON-TYPOIDAL SALMONELLA**

Parotid abscess is one of the rare complications of suppurative infections of the parotid gland. Pathologies such as dehydration, immunosuppression, ductal obstruction increase the risk of parotid abscess. They can lead to life-threatening consequences by spreading into the parapharyngeal space or causing sepsis. Non-typhoidal salmonella species rarely cause parotid abscess. The basis of treatment is the elimination of predisposing factors, drainage and antibiotherapy. In this study, the diagnosis and treatment stages of a case with parotid abscess caused by non-typhoidal salmonella are presented.

Keywords: Parotid, Abscess, Salmonella, Drainage, Immunosuppression

Giriş

Parotis apseleri bakteriyel ya da viral kaynaklı süpüratif parotis enfeksiyonlarının nadir bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır [1]. Yetersiz beslenme, dehidratasyon, immünsüpresyon, oral kavite neoplazmları, duktal obstrüksiyon, tükürük üretimini baskılayan ilaçlar gibi faktörler riski arttırmaktadır [2]. Salmonella da benzer şekilde immün sistemi zayıf kişilerde gastrointestinal sistem dışında lokalize enfektif tablolara neden olabilmektedir [3]. Parotis absesi salmonella nedenli oluşan klinik tablolar arasında oldukça nadirdir [4]. Bu yazımızda non-tifoidal salmonellanın etken olduğu bir parotis absesi olgusunu sunup parotis apsesine yaklaşımı ele alacağız.

Olgu Sunumu

96 yaşında erkek hasta kliniğimize sağ yanağında bir aydır mevcut olan ağrılı şişlik nedeniyle başvurdu. Şikayeti sağ yanakta ağrı şeklinde başlamış ve hasta dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde ornidazol 500 mg tablet 2x1 şeklinde reçete edilmiş, hasta ilacı 5 gün boyunca kullanmış ve ağrıda azalma meydana gelmiş. Ancak bir hafta sonra ağrı tekrar etmiş ve sağ yanağında zaman içerisinde boyutunda artış gözlenen şişlik oluşmuş. Bu süreçte hastanın ateşi olmamış. Ek şikayeti de mevcut değildi. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Antihipertansif dışında ilaç kullanımı mevcut değildi. Fizik muayenesinde sağ mandibula köşesinde yaklaşık 4x3 cm boyutlarında, fluktuasyon veren, ağrılı, ısı artışı gözlenen kitlesel lezyon izlendi (Şekil

1).



Şekil 1 : 4x3 cm kitlesel lezyon

Lezyon üzerine masaj yapıldığında ağız içine kanal ağzından pürülan materyalin drene olduğu görüldü. Fizik muayenede ek bulguya rastlanmadı. Ateş ölçümü 36,9°C'ydi. Kan basıncı, nabız ve solunum sayısı olağan ve stabildi. Kan tetkiklerinin sonuçları şu şekildeydi: CRP 75,94 mg/L (0-5); sedimentasyon hızı 54 mm/h (3-55); lökosit sayısı $6,8 \times 10^3/\mu\text{L}$ (5,2-12,4); nötrofil sayısı $5,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ (2,1-6,1); lenfosit sayısı $0,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ (1,3-3,5), amilaz 134,61 U/L (28-100), kan glukozu 92,3 mg/dL (55-115). USG ve kontrastlı boyun BT parotis parankimi içerisinde unioküler apse ile uyumlu lezyonu işaret etmekteydi. Öykü, fizik muayene bulguları ve tetkiklerin enfektif patoloji lehine olması üzerine ön planda parotis apsesi düşünüldü. USG eşliğinde enjektör yardımı ile apsenin drenajı sağlandı, yaklaşık 10 cc apse içeriği drene edildi. Histopatolojik inceleme için hücre yayması ve mikrobiyolojik inceleme için kültür numunesi gönderildi. Hastaya ampirik olarak spiramisin 3 MIU tablet 2x1 şeklinde başlandı. Histopatolojik inceleme "benign sitoloji, apse içeriği" şeklinde sonuçlandı. Kültürde ise gram negatif basil olan Salmonella spp. üredi, tiplendirme yapılamadı. Antibiyogramda basilin gentamisin, kolistin, sefuroksim, amikasin ve sefazoline dirençli olduğu; ampisilin/sulbaktam, sefepim, sefiksım, levofloksasin, meropenem, trimethoprim/sulfametaksazol, seftriakson, seftazidim, imipenem, ampisilin, piperasilin / tazobaktam, tigesiklin, ertapenem, siprofloksasin ve amoksisilin / klavulunata duyarlı olduğu görüldü. Spiramisin tedavisinin üçüncü gününde hasta kültür ve antibiyogram sonuçları ile Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne konsulte edildi. Tedavisi on gün olacak şekilde sefiksım 400 mg 1x1 p.o. olarak değiştirildi. Hastanın tedavi sonrası kontrolünde aktif şikayetinin olmadığı görüldü. Fizik muayenede apse izlenmedi. Birinci ay kontrol muayenesinde nüks izlenmedi.

Tartışma

Enfektif ajanın kanal aracılığıyla parankime ulaşması, parotis içinde yer alan lenf nodlarının enfeksiyonunun parankimi etkilemesi ya da bakteriyemi, parotisin süpüratif enfeksiyonlarının ve parotis apselerinin altında yatan mekanizmalardır [1,5]. Sık karşılaşılan etkenler S.aureus, S.pyogenes, M.tuberculosis ve psödomonaslardır [2,6].

Salmonella nedenli parotis apseleri ise oldukça nadirdir [4]. Tifoidal ve non-tifoidal salmonella türleri sağlıklı bireylerde genellikle gıda kaynaklı enfeksiyonlara neden olmaktadır [7]. Enfekte hayvan ile direkt temas da bulaş nedeni olabilir [4]. Non-tifoidal salmonella türleri özellikle bebeklerde, yaşlılarda, diabetes mellitus hastalarında ve immün yetmezliği olanlarda hematogen yolla yayılıma yatkındırlar [3]. Salmonella kaynaklı gastrointestinal sistem dışındaki enfeksiyonlar genellikle hasarlı dokular ve malignite alanlarında gelişmeye meyillidir [8,9]. Yaşlılarda ve immün yetmezliği olanlarda parotis apsesi tespit edildiyse bu hastaların salmonella açısından da araştırılması önerilmektedir [7].

Akut süperatif parotitte semptomlar enfeksiyonun başlangıcından 24-36 saat sonra görülür, bu hastalarda şiddetli ağrı sıkır [10]. Palpasyon ile hassasiyet, parotiste şişlik, ciltte endurasyon ve kızarıklık izlenebilir [10]. Enfeksiyon uygun şekilde tedavi edilmezse 4-6. günde apse gelişebilir [10]. Parotis apsesi yüzeysel lobtan, derin lobtan ya da her ikisini birden etkileyecek şekilde gelişebilir, fasiyal siniri etkileyebilir [1]. Apsedeki ağrının nedenlerinden birisi parotis kapsülünün gerilmesidir [1]. Ağrı ve şişlik parotis apselerinde en sık rastlanan iki bulgudur [1]. Ayrıca vakalarda ateş yüksekliği, masaj ile ya da kendiliğinden ağız içerisine pürülan akıntının olması ve lökositoz da sık görülür [1]. Parotis bezini çevreleyen fasyanın kalın olması ve bezdeki multipl septalar nedeniyle fluktuasyon her zaman alınmayabilir ve apseler multiloküler olmaya meyillidir [11]. Ayrıca derin lob kaynaklı apselerde de fluktuasyon alınmayabilir [12]. Enfeksiyonun derin lobu etkilemesi trismusu neden olabilir [10]. Apsenin parotis komşuluğundaki parafarengeal alana yayılması hayatı tehdit edici sonuçlara yol açabilir [1].

Bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi radyolojik olarak apsenin tanınmasında oldukça başarılıdır [5]. Ayrıca bilgisayarlı tomografi bez içerisindeki benign ve malign patolojik değişimler hakkında da detaylı bilgi verebileceği için değerlidir [13].

Tedavinin esaslarını altta yatan nedenin ortadan kaldırılması, drenaj ve uygun antibiyoterapi oluşturmaktadır [11]. Unioküle apselerde iğne ile aspirasyonlar yeterli olabilir. Apse büyük ve multiloküle ise modifiye Blair insizyonu kullanılır [11]. Penisiline dirençli stafilokoklarda artış olması nedeniyle kültür ve antibiyogram tetkiklerinin önemi artmıştır [10].

Olgumuzda akut süperatif parotitin tedavisinde başarısız olunması nedeniyle parotis apsesi gelişmiştir. Hastamızda ileri yaş dışında predispozan faktör tespit edemedik. Geriatrik popülasyonda immün sistemde yaş ile meydana gelen değişiklikler nedeniyle hastamızda sistemik ateş yanıtı gelişmemiş olabilir [14]. Bu nedenle geriatrik hastalarda ateş olmaması enfektif patolojileri dışlamamalıdır. Apsenin uniloküler olması, işlemin ultrasonografi eşliğinde yapılmış olması, iğne ile aspirasyonun başarılı olmasına imkan tanımıştır. Ayrıca kültür ve antibiyogram sonucu ile antibiyoterapiyi revize etmiş olmamız da tedavinin etkinliğini arttırmıştır.

Derin boyun boşluklarına yayılarak ya da özellikle immünsüprese bireylerde sepsise neden olarak ölümcül tablolara yol açabilen parotis apselerinin tedavisinde erken tanı, drenaj ve uygun antibiyoterapi ile enfeksiyonun kontrolü çok önemlidir. İmmünsupresyon, diyabetes mellitus ve dehidratasyon önemli predispozan faktörlerdir. Tedaviye ek olarak bunların da ortadan kaldırılması gerekir. Nadir de olsa Salmonella gibi atipik ajanların da etiolojide rol alacağı unutulmamalı ve drene edilen apse içeriğinin mikrobiyolojik açıdan incelenmesi gerektiği her zaman akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Tan VE, Goh BS. Parotid abscess: a five-year review--clinical presentation, diagnosis and management. J Laryngol Otol. 2007;121(9):872-879. doi:10.1017/S0022215106004166
2. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis: microbiology and management. J Craniofac Surg. 2003;14(1):37-40. doi:10.1097/00001665-200301000-00006
3. Moraitou E, Karydis I, Nikita D, Falagas ME. Case report: parotid abscess due to Salmonella enterica

- serovar Enteritidis in an immunocompetent adult. *Int J Med Microbiol.* 2007;297(2):123-126. doi:10.1016/j.ijmm.2006.11.005
4. Moraitou E, Karydis I, Nikita D, Falagas ME. Case report: parotid abscess due to *Salmonella enterica* serovar Enteritidis in an immunocompetent adult. *Int J Med Microbiol.* 2007;297(2):123-126. doi:10.1016/j.ijmm.2006.11.005
 5. Nusem-Horowitz S, Wolf M, Coret A, Kronenberg J. Acute suppurative parotitis and parotid abscess in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1995;32(2):123-127. doi:10.1016/0165-5876(94)01120-m
 6. Kristensen RN, Hahn CH. Facial nerve palsy caused by parotid gland abscess. *J Laryngol Otol.* 2012;126(3):322-324. doi:10.1017/S0022215111002635
 7. Shen CH, Lin YS, Chang FY. Gas-forming parotid abscess in a diabetic patient: an unusual complication of *Salmonella enteritidis* bacteremia. *Am J Med Sci.* 2008;336(6):504-507. doi:10.1097/MAJ.0b013e3181626545
 8. Lalitha MK, John R. Unusual manifestations of salmonellosis--a surgical problem. *Q J Med.* 1994;87(5):301-309.
 9. Reyes CV, Jensen JD. Parotid abscess due to *salmonella enteritidis*: A case report. *Acta Cytol.* 2006;50(6):677-679. doi:10.1159/000326040
 10. Montgomery WW, Cheney ML, Varvares MA. Tükruk Bezlerinin Cerrahisi. In: Montgomery WW, editors, Larinks, Trakea, Özefagus ve Boyun Cerrahisi. 1st ed. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. p. 115-163
 11. Dursun E, Eryılmaz A. Boyun Anatomisi ve Enfeksiyonları. In: Koç C, editors. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi. 3th ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. p.745-796
 12. Magaram D, Gooding GA. Ultrasonic guided aspiration of parotid abscess. *Arch Otolaryngol.* 1981;107(9):549. doi:10.1001/archotol.1981.00790450025008
 13. Fattahi TT, Lyu PE, Van Sickels JE. Management of acute suppurative parotitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60(4):446-448. doi:10.1053/joms.2002.31234
 14. Norman DC. Fever in the elderly. *Clin Infect Dis.* 2000;31(1):148-151. doi:10.1086/313896