

**KISA RAPOR**

**SHORT REPORT**

**YOĞUN BAKIM HASTALARINDA GELİŞEN AKUT BAKTERİYEL PAROTİTİS: DÖRT OLGU SUNUMU**

**Çetin Kürşad AKPINAR\*, Hakan DOĞRU\*\*, Kemal BALCI\*\*, Levent GÜNGÖR\*\***

**\*Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, SAMSUN**

**\*\*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, SAMSUN**

**ÖZET**

Akut bakteriyel parotitis (ABP) çok erken ve ileri yaşta görülen bir enfeksiyondur. Yeterli mayi desteği, ağız hijyeni, oral beslenme ve çoklu ilaç kullanımından kaçınılarak enfeksiyon önlenmektedir. Tanı için parotis ultrasonografisi kullanılabilir. Akut bakteriyel parotitis erken tanı ve uygun antibiyotikle sorunsuz ve kısa sürede tedavi edilebilir. Geç tanı konulan ve antibiyotik tedavisine dirençli olgularda mortalite görülebilmektedir. Bu yazıda 65 yaşın üstünde yoğun bakımda izlenen ABP tanılı dört olgu sunulmuştur. İlk olguda çoklu ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması ve oral beslenememe, ikinci olguda oral beslenememe, üçüncü olguda kötü ağız hijyeni, demans ve yeterli sıvı alamama ve dördüncü olguda ise oral beslenememe nedeniyle ABP geliştiği düşünülmektedir. Belirtilen risk faktörü olan olgular dikkatli bir şekilde takip edilirse, yoğun bakım yatış süresi uzamamış ve mortalite oranları da artmamış olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Akut bakteriyel parotitis, ultrasonografi, tedavi, yoğun bakım.

**ACUTE BACTERIAL PAROTITIS IN INTENSIVE CARE PATIENTS: FOUR CASE REPORTS**

**ABSTRACT**

Acute Bacterial Parotitis (ABP) is an infection seen in very early and old ages. The infection can be prevented by sufficient fluid support, mouth hygiene, oral feeding and avoiding multiple medication use. Parotis ultrasonography can be used for diagnosis. Acute Bacterial Parotitis can be treated in a short time and free of problems with early diagnosis and appropriate antibiotics. Mortality can be seen in cases which are late diagnosed and which are resistant to antibiotic treatment. This article presents four case reports over the age of 65 with a diagnosis of ABP, who are monitored in the intensive care. It is thought that the first case developed ABP because of multiple medication use, liquid restriction and oral feeding difficulty, the second case because of oral feeding difficulty, the third case because of bad mouth hygiene, dementia and not getting enough liquid and the fourth case because of oral feeding difficulty. If the cases with the stated risk factors are carefully followed, intensive care hospitalization period will not be prolonged and mortality rates will not increase.

**Key Words:** Acute bacterial parotitis, ultrasonography, treatment, intensive care.

**GİRİŞ**

Akut bakteriyel parotitis (ABP) iki aydan küçük bebeklerle genel durumu bozuk, yaşlı hastalarda, sıklıkla görülen, hızlı başlangıçlı bir enfeksiyondur. Bu tablonun oluşmasının en sık nedeni tükrük üretim ve akışının azalmasıdır (1). Parotitis ile ilişkili en yaygın patojen stafilokokus aureustur (2).

Tanıda iltihabı göstermek için ultrasonografi (USG) veya tomografiden faydalanılabilir. Tanı için önemli diğer bir bulgu tükrük kanalındaki pürülan akıntıdır (3). Akut bakteriyel parotitis erken tanı ve uygun antibiyotikle sorunsuz ve kısa sürede tedavi edilebilir (4). Bu yazıda seyrek görülen nadirde olsa ölüm ile sonuçlanabilen dört parotitis olgusu sunulmuştur.

**Yazışma Adresi:** Uzm. Dr. Çetin Kürşad Akpınar Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun.

**Tel:** 0362 311 15 00 **E-posta:** dr\_ckakpinar@hotmail.com

**Geliş Tarihi:** 10.10.2015 **Kabul Tarihi:** 18.12.2015

**Received:** 10.10.2015 **Accepted:** 18.12.2015

**Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir:** Akpınar Ç. K, Doğru H, Balci L, Gøngör L. Yoğun bakım hastalarında gelişen akut bakteriyel parotitis: Dört olgu sunumu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2016; 22(2): 61-64 doi: 10.5505/tbdhd.2016.92485.

## OLGU SUNUMLARI

**OLGU 1:** Yetmişbeş yaşında kadın hasta sol kol-bacakta güçsüzlük yakınması ile acil servise başvurdu. Nörolojik bakı da sol santral fasiyal paralizi, sol üst ve alt ekstremitde de 2/5 kas gücü ve solda plantar yanıt ekstensörlüğü vardı. Risk faktörleri hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner by-pass operasyonu idi. Beyin tomografisinde sağ orta serebral arter üst divizyon sulama alanında akut enfarkt izlendi. Yoğun bakım izleminin 10. gününde pnömoni nedeniyle antibiyoterapi başlandı ve mama ile beslenmeye ara verildi. Transtorasik ekokardiyografide kalp yetmezliği saptanan olgunun gelişen pre-tibial ödem sonrası sıvı kısıtlamasına gidildi. Sağ kulak altında şişlik ve ısı artışı gelişen olgunun, boyun ve parotis ultrasonografi sonucu ile kulak burun boğaz bölümü tarafından değerlendirilmesi sonucu parotitis tanısı alan olguya, ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. Almış olduğu mayi miktarı artırılan olguya, oral rejim diyeti başlandı. Kliniği düzelmeyen hastanın tedavisi vankomisin antibiyoterapisi ile değiştirildi ve birkaç gün içinde klinik durumunda düzelmeye başladı. Ek sorunu olmayan hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne devir edildi.

**OLGU 2:** Seksen yaşında erkek hasta sağ kol bacakta güçsüzlük ve konuşma bozukluğu yakınması ile acil servisimize başvurdu. Nörolojik değerlendirmede olgu global afazik, sağ üst ve alt ekstremitde plejik ve sağda plantar yanıt ekstensörlüğü vardı. Risk faktörü olarak atrial fibrilasyon ve geçirilmiş iskemik beyin damar hastalığı vardı. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde sol orta serebral arter üst divizyon sulama alanında akut enfarkt izlenirken, genel durumundaki kötüleşme nedeniyle çekilen kontrol beyin tomografide enfarkt içi minimal hemoraji saptandı. Vital parametreleri stabil olmayan hastanın beslenmesine ara verildi. Takiplerde sol kulak altında şişlik ve ısı artışı gelişen olgunu, parotis ultrasonografi ve kulak burun boğaz değerlendirilmesi sonucu parotitis tanısı aldı. Klindamisin antibiyoterapisi ile klinik ikinci günde düzelmeye başlandı. Alt solunum yolu enfeksiyonu gelişen olgunun kan gazı değerlerinde hiperkarbi saptanması ve solunumu yüzeyleşmesi nedeniyle solunum cihazına bağlandı, dopamin desteğine rağmen tansiyon değeri yükselmedi ve kardiyak arrest sonrası olgu kaybedildi.

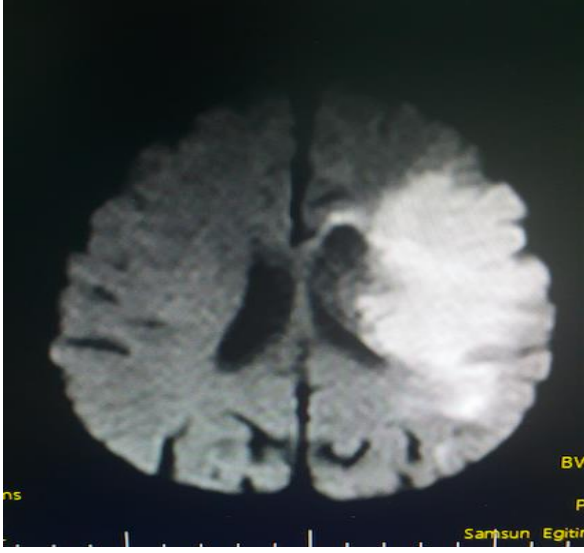
**OLGU 3:** Seksenbeş yaşında bakım evinde kalan kadın hasta sabah saatlerinde baygın halde bulunarak acil servise getirildi. Nörolojik bakıda bilinç somnale, koopere ve oryante değildi. Ekstremitde muayenesinde ağrılı uyarana simetrik çekme yanıtı vardı ve plantar yanıt cevabı fleksördü. Akut konfüzyonel durum ön tanısı ile yoğun bakım servisine yatırıldı. Beyin tomografide kortikal atrofi ve atrofiye sekonder ventriküllerde genişleme vardı. Yoğun bakım takibinin üçüncü gününde sağ kulak altında şişlik ve kızarıklık izlendi. Ultrasonografi incelemesi ve kulak burun boğaz bölümü değerlendirmesi sonucu parotitis tanısı aldı. Ampisilin-sulbaktam antibiyoterapisi ile tedaviye başlandı. Parotise masaj yapıldı ve mayi miktarı artırıldı. Antibiyoterapinin üçüncü gününde olgunun kliniği düzeldi. Mental testlerle yapılan değerlendirme neticesinde Alzheimer tipi demans düşünüldü ve demansa yönelik tedavi başlandı.

**OLGU 4:** Yetmiş yaşında kadın hasta sağ kol bacakta güçsüzlük ve konuşma bozukluğu yakınması ile acil servisimize başvurdu. Nörolojik değerlendirmede global afazi, sağ santral fasiyal paralizi, sağ üst ve alt ekstremitde pleji ve sağda plantar yanıt ekstensörlüğü vardı. Beyin difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde sol orta serebral arter sulama alanında akut enfarkt izlendi (Resim 1a). İnmeye sekonder disfaji yakınması devam eden hastanın beslenmesi nazogastrik yol ile sağlandı. Mama ile beslenmesinin 10. gününde sol kulak altında (parotis bezinde) ağrılı, hassas ve sert bir şişlik gözlemlendi (Resim 1b). Parotis ultrasonografi ve kulak burun boğaz tarafından parotis kanalında pürülan akıntı görülmesi sonucu parotitis tanısı alan hastaya başlanan ampisilin-sulbaktam antibiyoterapisinin ikinci gününde klinikte düzelmeye gözlemlendi. Tedavinin 7. Gününde kliniği tamamen düzelen olgu önerilerle taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Tükrük ağız sağlığı için çok önemlidir. Oral mukozayı koruyup, dişlerin zararlı ajanlara karşı maruziyetini azaltır. Kuru ağız nedeniyle hayatı tehdit edici sağlık sorunlarının görülebileceği bilinmektedir (2).

Sağlı bezleri içinde enfeksiyona en duyarlı olanı Parotis bezidir. Akut bakteriyel parotitis kliniği; parotis bezinin tek taraflı, ani başlangıçlı,



**Resim 1a.** Olgu 4'ün Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde sol orta serebral arter sulama alanında akut enfarkt.



**Resim 1b.** Olgu 4'ün sol parotis bezinde şişlik.

yüzün alt tarafından mandibula köşesine doğru uzanabilen sertleşmiş, hassas, kızarıklık, sıcak ve şişmesi şeklindedir (3-6).

Akut bakteriyel parotitis risk grupları; vücut direnci baskılanmış, dehidrate, travma ve majör cerrahi geçirmiş, radyoterapi veya kemoterapi

almış olgular ile sjögren sendromudur (5). Yaşlı hastalarda tükrük salgısı hastalık ve farmakolojik tedaviden bağımsız olarak azalabilmektedir (4,6). Altmış beş yaş ve üzeri olguların yaklaşık %30'unda ağız kuruluğu görülmektedir (7). Ağız kuruluğunun %80 nedeni kullanılan ilaçlardır (8). Antihipertansif ve antidepresan gibi ilaçların diüretik ve antikolinergik etkileri ile dehidratasyon gelişebilmektedir (1). İlk olgumuz pnömoni nedeniyle beslenememiş, dirençli hipertansiyon nedeniyle beşli antihipertansif kullanmakta ve kalp yetmezliği nedeniyle de yeterli sıvı verilememişti. İkinci olgumuz genel durum bozukluğu nedeniyle oral beslenmemişti. Üçüncü olgumuz bakım evinde yaşayan, demans tanılı, sıvı alım, beslenmesi ve ağız hijyeni iyi değildi. Dördüncü olgumuz ise disfaji ve genel durum bozukluğu nedeniyle oral alımı başlatılmamıştı. Literatürde olduğu gibi olgularımızda da oral beslenememe, yeterli sıvı alamama ve çoklu ilaç kullanımı APB gelişimini kolaylaştırmıştır. Akut bakteriyel parotitisin bildirilen mortalite oranı %0-50 arasında değişmektedir (4,6). Üçüncü olgumuzda ölüm nedeni kardiyak arrestti. İnmeli hastalarda %50'ye varan disfaji bildirilmektedir. Disfajinin de aspirasyon pnömonisi, dehidratasyon, malnutrisyon ve depresyon oranını artırdığı bilinmektedir (11). Birinci, ikinci ve dördüncü olgumuzda orta serebral arter üst divizyon etkilenimi vardı ve ilk günlerde oral beslenememişlerdi. Çiğnemenin olmaması tükrük salgı ve akım hızını azalttığı (12,13), tükrük salgısının azalmasının da orofarenksteki bakterilerin çoğalmasına neden olduğu bildirilmiştir (1). Literatürde bakım evinde yaşayan kognitif etkilenimi bir hasta ile (9) hemorajik inmeli bir hasta da (10) APB geliştiği bildirilmiştir. Berker ve arkadaşları cerrahi sonrası ABP gelişen beş olgu sunmuşlardır. Hastaların oturur pozisyondaki durumu ile baştaki hafif fleksiyon ve rotasyon hareketinin Stenson kanalına bası yaptığını böylece tükrük stazına neden olarak ABP geliştiğini saptamışlardır (14). Tanıda ilitihabı göstermek için USG veya parotise yönelik tomografi kullanılabilir. Dört olgumuzda da kolay ulaşılabilen parotis USG ile parotitis tanısı konulmuştur. Tedavide parotise sık masaj, hidrasyon, ağız bakımı, analjezik ve antibiyoterapi uygulanmaktadır. Genellikle iki hafta süreli penisilinize dirençli penisilin veya birinci kuşak sefalosporin antibiyoterapisi tedavi için yeterli olmaktadır, dirençli olgularda ise kültürde üreyen

etkene göre vankomisin veya linezolid tercih edilebilir (3). Özellikle dirençli olgularda ayrıca tanıda lenfoma, HIV ile fungal ve mycobakterial hastalıklar dışlanmalıdır. Olgularımızda parotis kanalındaki pürülan akıntidan alınan örneğin antibiyogram sonucuna göre antibiyotik tercihi yapılmıştır. İlk olgumuzda dirençli enfeksiyon nedeniyle vankomisin antibiyoterapisine geçilirken diğer olgularımızda birinci basamak tedavisine yanıt alınabilmiştir. İlk üç olgumuz yoğun bakım servisinde aynı ay içinde takip edilmişti ve alınan örneklerden üretilen etken stafilokokus aureustu. Enfeksiyon önlemleri sonrasında yoğun bakımımızda parotit olgusu gözlenmedi. Bu taniyı alan hastalarda enfeksiyon tedbirlerine dikkat edilerek diğer hastaların da etkilenmesi önlenabilir. Olgularımızda uygun antibiyoterapi ve öneriler ile ikinci günde klinik düzelmenin başladığı, onuncu günün sonunda ise kliniğin tamamen düzeldi gözlenmiştir. Tedaviye alınan yanıt, klinikte progresyon gözlenmemesi, risk faktörlerinin varlığı ve ultrasonografi sonucuyla malign (lenfoma gibi) veya diğer enfeksiyöz süreçler (HIV, fungal veya mycobakterial) dışlanmıştır.

Sonuç olarak, yoğun bakımda takip edilen özellikle çok ilaç kullanan, yaşlı hastaların dehidrate kalmamasına dikkat edilmeli, mümkün olan en kısa sürede oral beslenme başlanmalı, baş pozisyonuna ve ağız hijyenine dikkat edilmelidir. Akut bakteriyel parotit gelişen hastada erken tanı ve uygun antibiyoterapi ile mortalite riski azaltılabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Lee VK, Kimbrough DJ, Jarquin-Valdivia AA. Acute Bacterial Parotitis Following Acute Stroke. *Infection* 2009; 37: 283–285.
2. Gupta A, Epstein JB, Sroussi H. Hyposalivation in Elderly Patients. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(9): 841–846.
3. Brook I: Acute bacterial suppurative parotitis: microbiology and management. *J Craniofac Surg* 2003; 14: 37–40.
4. Fattahi TT, Lyu PE, Van Sickels JE: Management of acute suppurative parotitis. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 446–448.
5. Lee K:Essential otolaryngology. (8th edn.). McGraw-Hill, NewYork, 2003.
6. Raad II, Sabbagh MF, Caranasos GJ: Acute bacterial sialadenitis :a study of 29 cases and review. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 591–601.
7. Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ. Xerostomia in the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3): 535–543
8. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth — 2nd edition. *Gerodontology* 1997; 14(1): 33–47.
9. Molina JC, Altes J, Vera R, Vilamala A: Acute bacterial parotiditis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in the institutionalized elderly. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2003; 21: 325–326.
10. Mohammed I, Hofstetter M: Acute bacterial parotitis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *South Med J* 2004; 97: 1139.
11. Achem SR, Devault KR: Dysphagia in aging. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 357–371.
12. Dodds MW, Johnson DA, Yeh CK: Health benefits of saliva: a review. *J Dent* 2005; 33: 223–233.
13. Yeh CK, Johnson DA, Dodds MW, Sakai S, Rugh JD, Hatch JP: Association of salivary flow rates with maximal bite force. *J Dent Res* 2000; 79: 1560–1565.
14. Berker M, Sahin A, Aypar U, Ozgen T: Acute parotitis following sitting position neurosurgical procedures: review of five cases. *J Neurosurg Anesthesiol* 2004; 16: 29–31.