



## Olgu Sunumu

# Parotideal Bölgenin Penetran Travmaları

**Nurullah Seyhun, Aslı Batur Çalış, Suat Turgut**

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Turkey

### Özet

Parotis glandın penetran travmaları çok nadir görülmektedir. Genellikle parotideal bölgeye ateşli silah yaralanması sonrası görülür. Fasiyal paralizi ve sialosel oluşumu ciddi morbiditeler oluşturabilmektedir. Fasiyal paralizi durumunda erken tanı ve erken eksplorasyonun önemi büyüktür. Sialosel oluşumu ve fistül gelişimi durumunda konservatif yaklaşım uygulanabileceği gibi, cerrahi tedavi de uygulanabilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Kurşun; parotis; parotis travması.

Atf için yazım şekli: "Seyhun N, Batur Çalış A, Turgut S. Penetrating Traumas to the Parotid Region. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2019;53(3):310-313".

Parotideal bölgeye penetran travmalar nadir görülen durumlardır ve genellikle ateşli silah yaralanması sonrası karşımıza çıkmakla birlikte, iş kazaları sonucunda da görülebilmektedir. Parotis dokusuyla beraber çevre dokular, parotideal duktus, fasiyal sinir, mandibuler kemik ve diğer komşu yapılar da penetran travmanın şiddetine göre hasar görebilmektedir. Erken dönemde tanı ve müdahale, oluşabilecek komplikasyonları minimuma indirmede önemli bir yer teşkil etmektedir. Bu makalede, kliniğimizde tedavi edilen parotideal bölgeye penetran travması olan 2 farklı olgu üzerinden, tanı ve tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

### Olgu Sunumu

**Olgu 1** – 1 hafta önce yüz bölgesine ateşli silah yaralanması öyküsü olan 20 yaşında erkek hasta ağız açıklığında kısıtlılık şikayeti ile mart 2017'de kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde vital bulgular stabil izlendi, sol maksiller, infraorbital bölgede, maksiller kemik üzerinde mermi giriş deliği ile uyumlu, etrafında cilt yanığı izlenen yaklaşık 1x1 cm'lik lezyon izlendi. Ağız açıklığında kısıtlılık mevcuttu ve

sol temporomandibuler eklem bölgesinde ve sol maksiller bölgede palpasyonla yaygın hassasiyet ve ödem izlendi. Hastanın fasiyal sinir fonksiyonları intakt olarak değerlendirildi. Hastaya çekilen beyin ve maksillo fasiyal tomografide, maksiller sinüs anterior ve lateral duvarında, zigomatik proçeste, mandibula ve pterygoid proçeste parçalı multipl sayıda fraktür hatları izlendi. Komşu yumuşak doku içerisinde yaygın hava imajları ve hematoma alanları izlendi. Aynı zamanda solda mandibula kondili arka komşuluğunda cilt altı yağlı dokular içerisinde 1 cm çapa ulaşan metalik yabancı cisim imajı izlendiği görüldü (Şekil 1). Hasta kranial bölge patolojileri açısından nöroşirurji tarafından değerlendirildi ve patolojik bir durum izlenmediği belirtildi. Hastanın orbital bölge patolojileri açısından değerlendirilmesi açısından göz hastalıkları konsültasyonu istendi ve göz hastalıkları tarafından sol orbita taban fraktürü ve sol intraorbital minimal hemoraji izlendiği belirtildi ve soğuk kompres, konservatif yaklaşım önerildi. Sol parotideal bölgedeki yabancı cisim çıkarmak üzere hastaya genel anestezi altında sol parotideal bölge eksplorasyonu uygulandı. Modifiye Blair insizyonu

**Yazışma Adresi:** Nurullah Seyhun, MD. Sisli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Bas Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

**Telefon:** +90 212 373 50 00 **E-posta:** seyhun90@hotmail.com

**Başvuru Tarihi:** 05.11.2017 **Kabul Tarihi:** 16.11.2017 **Online Yayınlanma Tarihi:** 22.08.2019

©Telif hakkı 2019 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim [www.sislietfaltip.org](http://www.sislietfaltip.org)

**OPEN ACCESS** This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



uygulandıktan sonra yabancı cisim parotis dokusu içerisinde palpe edildi. Fasiyal sinir ana trunkusu bulduktan sonra dalları takip edildi ve korundu. Kurşunun fasiyal sinir ile ilişkili olmadığı, ve yüzeysel lobda sınırlı kaldığı izlendi (Şekil 2). Yüzeysel lobdaki kurşun çıkarıldıktan sonra dren yerleştirildi ve perioperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemde hastada fasiyal sinir fonksiyonlarının intakt olduğu izlendi ve hasta 4. günde dreni çekilerek taburcu edildi.

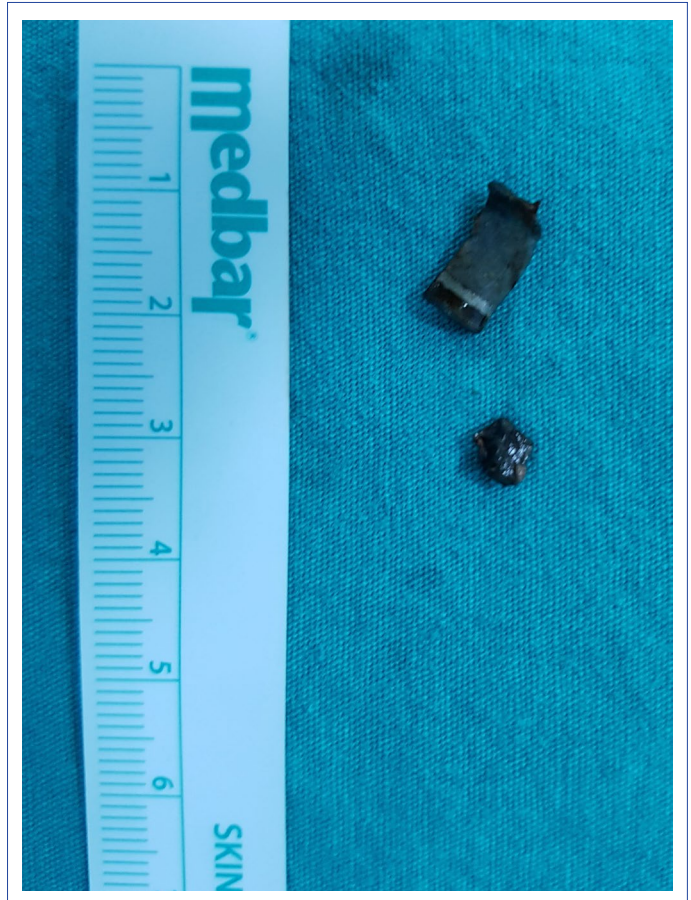
**Olgu 2** – 2 hafta önce metal makine ucu parçalanması sonucu iş kazası geçiren ve yüz bölgesinde multipl penetran travması olan 33 yaşında erkek hasta travma sonrası dış merkezde acil servise başvurmuş. Acil serviste sağ preaurikuler bölgede kesisi için sütürasyon uygulanan hastanın tetkiklerinde parotideal bölgede ve paranasal sinüslerde yabancı cisim saptanması üzerine Mayıs 2017’de kliniğimize sevk edildi. Yapılan muayenesinde fasiyal sinir fonksiyonları intakt izlenen hastada sağ preaurikuler bölgede ödem ve daha önceden müdahale edilmiş yaklaşık 2x2 cm’lik sütür hattı izlendi. Nazal kavite muayenesinde yabancı cisime rastlanmadı. Bilateral kulak muayenesi doğal olan hastaya çekilen paranasal sinüs BT ve temporal kemik BT’de sağda parotideal bölgede yumuşak doku planları içerisinde multipl metalik yabancı cisim materyalleri sağda ethmoid hücrelerde metalik yabancı cisim materyalleri izlendi (Şekil 3). Orta ve iç kulak kavitesinde patoloji saptanmadı. Temporal kemik içerisinde de yabancı cisim materyali saptanmadı. Hastanın ethmoidal bölgedeki yabancı cisimi kafa tabanına ve cribriform plate’e yakınlığı sebebiyle opere edilmemesine karar verildi, parotideal bölgedeki yabancı cisim için ise hastaya genel anestezi altında sağ parotideal bölge eksplozasyonu operasyonu uygulandı. Modifiye Blair insizyonunu takiben preaurikuler bölgede flep elevasyonu yapılırken yabancı cismin giriş trasesi görüldü ve yabancı cisim yüzeysel parotis lobu üzerinden alındı (Şekil 4). Fasiyal sinir ana trunkusu ve dalları normal lokalizasyonunda bulundu ve intakt olduğu izlendi. Dren yerleştirildi ve perioperatif komplikasyon yaşanmadı. Postoperatif fasiyal sinir fonksiyonları intakt izlendi ve 4. günde hasta dreni çekilerek taburcu edildi.

## Tartışma

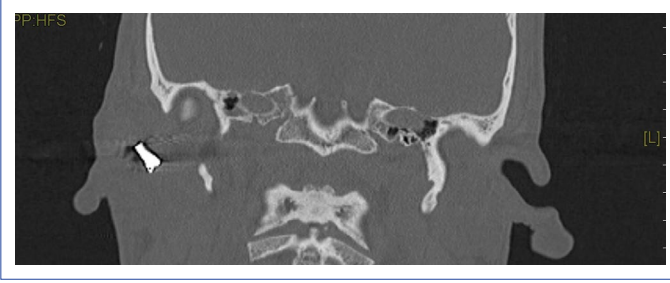
Parotideal bölgenin penetran yaralanmaları özellikle fasiyal sinir hasarı ve Stenson kanalının hasarlanmasına bağlı ciddi morbiditeler oluşturabilmektedir. Ateşli silah yaralanmalarında kurşunun çevre dokularda yarattığı hasara bağlı nekroz, enfeksiyon gibi durumlarla da karşılaşılabilir. Özellikle fasiyal sinir hasarı olduğu durumlarda rekonstrüksiyonun gecikmemesi için erken tanı ve tedavinin önemi büyüktür. Stenson kanalı hasarlanması şüphesi olan durumlarda kanal içerisine perioperatif saline veya renkli



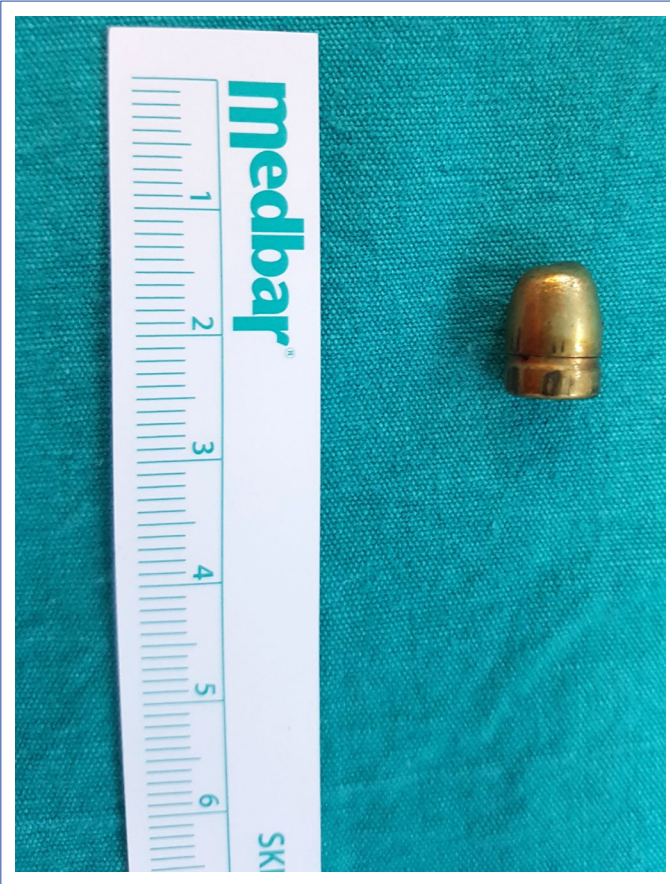
**Şekil 1.** Maksillofasiyal tomografide sol mandibular kondilin posterior yönüne bitişik olan parotidin yüzeysel lobunda yabancı cisim görüntüsü.



**Şekil 2.** Sol parotidin yüzeysel lobundan kurşun çıkarıldı.



Şekil 3. Sağ parotis bölgesindeki metalik yabancı cismin görüntüsü.



Şekil 4. Sağ parotis bezinin yüzeysel lobundan kurşun çıkarıldı.

boya enjeksiyonları ile kanalın intact olup olmadığı görülebilir.<sup>[1]</sup> Yaralanmaya bağlı kanamalar olduğu durumlarda, vasküler yapılar fasiyal sinir ve dallarına yakın komşulukta seyrettiğinden iatrojenik fasiyal sinir hasarı oluşturulabileceğinden dolayı, anatomiye hakim olmadan vasküler yapı olduğu düşünülen yapıların bağlanması veya koterize edilmesi önerilmemektedir.<sup>[2]</sup> Tachmes ve ark.<sup>[3]</sup> yaptığı bir çalışmaya göre parotideal bölge penetran yaralanmaları yüzde 56 oranında birkaç gün ve birkaç hafta arasında, sialosel, tükrük fistülü, enfeksiyon gibi durumlarla prezente olmaktadır. Bizim sunduğumuz hastaların da 1 ve 2 hafta sonra tarafımıza başvurduğu görüldü fakat sialosel veya tükrük fistülü izlenmedi.

Sialosel cilt altı dokuda tükrük toplanmasıdır, ve bu koleksiyonun sonucunda fistül gelişimi olabilmektedir. Tükrük fistülü ile prezente olan penetran travmalarda cerrahi ve medikal tedavi yaklaşımları uygulanabilmektedir. Genellikle hasarın derecesi ölçüldükten sonra ve Stenson kanalındaki hasar onarıldıktan sonra stent yerleştirilerek baskılı pansuman ve antisialogog verilerek takip tercih edilmektedir.<sup>[4]</sup> Fakat literatürde Stenson kanalı onarıldıktan sonra stent koyulmasının gerekli olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>[5]</sup> Stenson kanalındaki hasarı tespit etmek için sialografi de kullanılabilir. Gok ve ark.<sup>[6]</sup> yaptığı bir çalışmada tükrük fistülü gelişen hastalarda ultrasonografi eşliğinde intraparakimal Botulinum Toxin A enjeksiyonunun efektif olduğu ve hasta açısından daha konforlu olduğu belirtilmiştir.

Fasiyal sinirin hasarlandığı durumlarda ise erken dönemde hasta stabilize olduktan hemen sonra eksplorasyon ve uç uca anastomoz yapılması gerekmektedir. İlk 72 saat içerisinde yapılan eksplorasyonlarda sinir monitörü kullanılabilir fakat bu süreden sonra nörotransmitter miktarları tükeneceğinden sinir monitörü ile fasiyal sinir ve dallarının tanınması zor olacaktır.<sup>[7]</sup> Uç uca anastomoz yapılamayacak derecede hasar bulunan ve doku kaybı olan olgularda interpozisyonel sinir grefti ile onarım önerilmektedir.<sup>[8]</sup>

Parotideal bölgenin ateşli silah yaralanmaları sonrası enfeksiyonlar görülebilmektedir. Çevre dokuların nekrozuna bağlı olarak özellikle anaerob bakteri enfeksiyonu riski artmaktadır. Enfeksiyondan kaçınmak için yara yeri bol bol yıkanmalı, yabancı cisimler çıkarılmalı, nekrotik dokular debride edilmelidir ve erken dönemde tedavinin enfeksiyondan kaçınmada çok etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>[9]</sup> Genellikle gram pozitif ve anaerob bakterilere bağlı enfeksiyonlar görülmektedir ve sefazolin, seftriakson ve klindamisin etkili olduğu bildirilmiştir. Geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımı ise antibiyotik rezistansını arttırdığından ve ek fayda sağlamadığından kullanımı önerilmemektedir. Perioperatif profilaksi verilmesinin de enfeksiyon riskini %28-87'den %6-10 oranına düşürdüğü gösterilmiştir.<sup>[10]</sup>

## Sonuç

Sonuç olarak parotideal bölgenin penetran travmaları çok sık görülen bir durum değildir ve bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Fasiyal sinir ve Stenson kanalı hasarlanmaları, ciddi kanamalar gibi durumlar sonucunda önemli morbiditeler oluşabilmektedir ve erken dönemde cerrahi eksplorasyon bu morbiditelerin önüne geçmek için gereklidir. Parotideal bölgeden yabancı cisim çıkarılırken fasiyal sinir anatomisine tam olarak hakim olduktan sonra yabancı cismin çıkarılması, fasiyal sinirin iatrojenik hasarlanmasının

önüne geçilmesi açısından önem teskil etmektedir. Fasiyal sinir paralizisi olan olgularda ilk 72 saatte fasiyal sinir onarımı yapılması gerekmektedir. Biz bu çalışmada geç dönemde prezente olan iki farklı parotideal bölge penetran travması olgusunu sunduk. Bu konuda tanı ve tedavi açısından daha geniş serili çalışmalar yapılması gerekmektedir.

#### Açıklamalar

**Bilgilendirilmiş onam:** Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastanın ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

**Hakemli:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Yazarlık Katkıları:** Konsept – N.S., A.B.Ç.; Tasarım – N.S., A.B.Ç.; Kontrol – S.T.; Materyal – N.S.; Veri toplama ve/veya işleme – N.S., A.B.Ç.; Analiz ve/veya yorumlama – A.B.Ç., S.T.; Kaynak taraması – A.B.Ç., S.T.; Yazan – N.S., A.B.Ç.; Kritik revizyon – N.S., A.B.Ç., S.T.

#### Kaynaklar

1. Van Sickels JE. Management of parotid gland and duct injuries. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2009;21:243–6.
2. Youngs RP, Walsh-Waring GP. Trauma to the parotid region. *J Laryngol Otol* 1987;101:475–9.
3. Tachmes L, Woloszyn T, Marini C, Coons M, Eastlick L, Shaftan G, et al. Parotid gland and facial nerve trauma: a retrospective review. *J Trauma* 1990;30:1395–8.
4. Lewkowicz AA, Hasson O, Nahlieli O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:676–80.
5. Stevenson JH. Parotid duct transection associated with facial trauma: experience with 10 cases. *Br J Plast Surg* 1983;36:81–2.
6. Gok G, Michl P, Williams MD, Howlett DC. Ultrasound-guided botulinum toxin injection to treat a parotid fistula following gunshot injury. *J R Army Med Corps* 2015;161:64–6.
7. Myckatyn TM, Mackinnon SE. The surgical management of facial nerve injury. *Clin Plast Surg* 2003;30:307–18.
8. Davis RE, Telischi FF. Traumatic facial nerve injuries: review of diagnosis and treatment. *J Craniomaxillofac Trauma* 1995;1:30–41.
9. Remick KN, Jackson TS. Trauma evaluation of the parotid duct in an austere military environment. *Mil Med* 2010;175:539–40.
10. Gruss JS, Antonyshyn O, Phillips JH. Early definitive bone and soft-tissue reconstruction of major gunshot wounds of the face. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:436–50.