



OLGU SUNUSU

İDİOPATİK REKÜRREN PNÖMOPAROTİS: OLGU SUNUMU

Dr. Gülcihan PAKSOY, Dr. Haldun OĞUZ, Dr. Necmi ARSLAN, Dr. Münir DEMİRCİ,
Dr. Mustafa Asım ŞAFAK

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Pnömoaparotis, parotis bezi içerisinde inflamasyonla birlikte yada inflamasyon olmaksızın hava birikimi görülmesidir. Üfleli çalgı çalanlar ve cam üfleyicilerinde görüldüğü gibi pozitif basınçlı ventilasyonun neden olduğu mesleki bir problem olabilmekle birlikte psikiyatrik hastalıklarda da görülebilir ya da idiyopatik olarak karşılaşılabılır. Genel olarak kendi kendini sınırlayan bir hastalık olarak izlenirken; parotis duktal sisteminin rekürren kontaminasyonu, rekürren enfeksiyona ve sialettaziye yol açabilir. Klasik tedavi yaklaşımı süperfişyal parotidektomidir. Bu çalışmada, etiyolojik bir neden bulunmazken rekürren pnömoaparotis gelişen bir olguyu sunduk.

Anahtar Sözcükler: Pnömoaparotis, parotis

IDIOPATHIC RECURRENT PNEUMOPAROTITIS: CASE REPORT

SUMMARY

Pneumoparotitis is the accumulation of air in the parotid gland with or without inflammation. It may be an occupational problem as seen in glass blowers and artists using mouth instruments, or may be seen in psychiatric patients or idiopathically. Although it is usually a self-limiting disease, recurrent contamination of the parotid ductal system may lead to recurrent infections and sialectasis. Classical treatment method is superficial parotidectomy. In this report, we presented a case of recurrent pneumoparotitis, with no known etiological reasons.

Keywords: Pneumoparotitis, parotid

GİRİŞ

Pnömoaparotis, genellikle çocuklarda ve adölesanlarda görülen nadir bir durumdur. Fasiyal ya da oral travma ile cerrahi manipülasyonlar dışında intraoral basıncın arttığı durumlarda Stensen kanalı yoluyla parotis glandı içerisinde hava birikimi pnömoaparotis olarak adlandırılır. Mesleki bir problem olarak cam üfleyicilerinde, üfleli enstrüman çalanlarda, dalgıçlarda görülebilirken, dental enstrümantasyona, genel anestezi sırasında pozitif basınçlı ventilasyona ve travmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Bununla birlikte psikiyatrik hastalıklarda da izlenebilir ya da hasta tarafından sekonder kazanç amacıyla ortaya çıkarılan nevroitik bir alışkanlık olarak da görülebilir.

Fizik muayene ile hastada bilateral ya da unilateral olarak izlenen parotiste şişlik ve palpasyonla krepitasyon alınır. Bilgisayarlı tomografi (BT), ultrasonografi ve sialogram ile parotisteki hava akümülyasyonu ve kanallarda genişleme gösterilebilir. Tedavide ortaya çıkaran faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik önerilerle birlikte rekürren enfeksiyon ve sialettazi gelişen durumlarda Stensen kanalı transpozisyonu ve parotidektomi gerekebilir.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Haldun OĞUZ, S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği, Ankara, Türkiye, E-mail: drhoguz@gmail.com

Gönderilme tarihi: 16 Aralık 2005, revizyon isteme tarihi : 28 Ocak 2006, yayın için kabul edilme tarihi: 2 Mart 2006

Bu çalışmada, kliniğimize başvuran bir idiyopatik rekürren pnömoaparotis olgusu sunuldu.

OLGU SUNUSU

Otuzsekiz yaşında erkek hasta kliniğimize bir yıldır olan her iki yanakta şişlik şikayeti ile başvurdu. Hasta yanakta şişliği kendi isteği ile ortaya çıkartabildiğini ifade ederken beraberinde ağrı veya kızarıklık tarif etmiyordu. Herhangi bir travma tarif etmeyen hastada ilişkili dental enstrümantasyon ya da cerrahi girişim öyküsü yoktu. Kamyon şoförü olarak çalışan hastanın yapılan sorgulamasında pozitif basınçlı ventilasyona neden olabilecek herhangi bir alışkanlık tespit edilmedi.

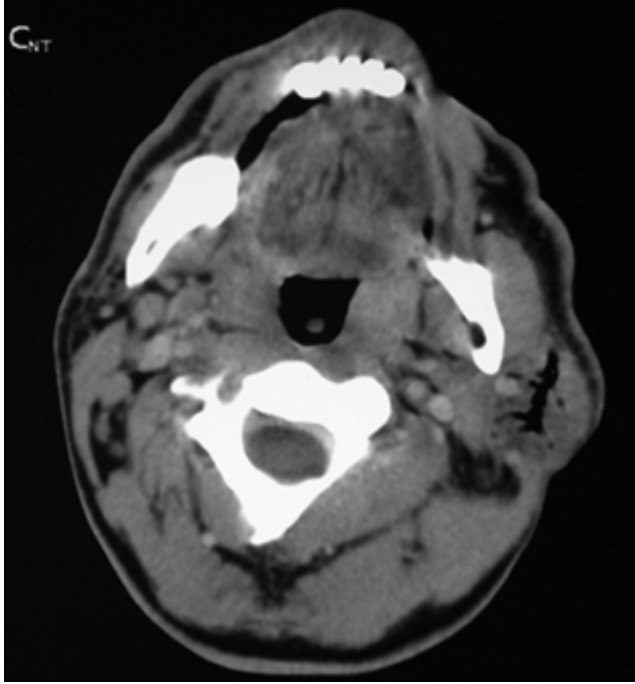
Yapılan fizik muayenesinde, hastanın istemli olarak yaptığı Valsalva sırasında her iki parotiste gelişen şişlik izlendi ve krepitasyon alındı. Her iki gland üzerinde inflamasyona ait patolojik bulgu yoktu.

Valsalva esnasında yapılan parotis bezi ultrasonografik incelemesinde, bilateral parotis bezi normal genişlikte izlenirken kanallar içerisinde hava ile uyumlu ekojeniteler gözlemlendi. Parotislerin BT ile değerlendirmesinde bilateral parotislerde hava dansiteleri izlendi (Resim 1).

Öykü, fizik muayene, rutin laboratuvar tetkikleri ve radyolojik görüntüleme ile herhangi bir etiyolojik faktör tespit edilmeyen hastada inflamatuvar patolojinin ve rekürren enfeksiyon öyküsünün



yokluğu gözönüne alınarak üç aylık kontrollerle takip önerildi. Hastanın bir yıllık takibi süresince enfeksiyon izlenmedi.



Resim 1: Sol parotis bezi içerisinde kanaliküllerde hava birikimini gösteren bilgisayarlı tomografi kesiti.

TARTIŞMA

Pozitif basınçlı ventilasyona bağlı akut parotis şişliği nadir görülen bir durumdur. İlk kez Markowitz-Spence ve arkadaşları¹ tarafından bildirildiğine göre ilk kez 1865 yılında üfleme enstrümanı çalan müzisyenlerde tanımlanmıştır. Etiyolojik faktörler mesleki ve mesleki olmayan nedenler olarak iki grupta değerlendirilebilir². Mesleki predispozisyon oluşturan durumlarda hastanın pozitif basınçlı ventilasyona uzun süreli olarak maruz kalması söz konusudur. Bu meslek grupları arasında, üfleme enstrümanı çalan müzisyenlerin yanında cam üfleyicileri ve sualtı dalgıçları sayılabilir. Mesleki olmayan pnömparotis nedenleri ise öncelikle kistik fibrosis, kronik obstruktif akciğer hastalığı, astım veya ciddi bronşiti olan hastalarda görülen sürekli ve yoğun öksürüktür. Bunun yanısıra dental enstrümantasyon ve genel anestezi sırasında pozitif basınçlı ventilasyon da pnömparotis nedeni olabilir³. Spirometriye bağlı gelişen pnömparotis de literatürde bildirilmiştir⁴. Mesleki olmayan nedenlerle pnömparotis; psikosomatik hastalıklarda görülen nevroitik bir alışkanlık veya tik ya da hastanın sekonder kazanç elde etmek için istemli olarak yaptığı bir davranış olarak gözlenebilir⁵.

Patogenezi artmış intraoral basınç sorumlu tutulur. Normal ekspiratuar oral hava basıncı 2-3

mmHg iken, Valsalva esnasında intrabukkal basınç 140-150 mmHg ya kadar yükselebilir⁶. Etiyolojide sorumlu olabilecek anatomik değişiklikler masseter kası hipertrofisi, geniş Stensen kanal ağzı ve buccinator kas zayıflığı olabilir. Bununla birlikte pnömparotis gelişim mekanizması tam olarak açıklanamamıştır.

Tanıda öykü ve fizik muayene anahtardır. Parotiste genişlemeye neden olabilecek obstruktif, inflamatuvar, metabolik ve neoplastik nedenler ekarte edilmelidir. Nedene bağlı olarak bilateral ya da unilateral parotis şişliği ile birlikte palpasyonla krepitasyon alınması pnömparotis için tanısaldır. Pnömparotis inflamasyona ve enfeksiyona yol açtığında şişlik üzerinde eritem ve palpasyonla hassasiyet de fizik muayene bulgularına eklenebilir. Enfeksiyon yokluğunda glanddaki genişleme tedavi gerektirmeksizin geriler⁷.

Radyolojik değerlendirme tanıyı desteklemede yardımcıdır. BT, ultrasonografi ve sialografi ile genişlemiş kanallar, gland parankimi ve çevre dokular değerlendirilebilir.

Tedavi pnömparotis nedeni olan etiyolojik faktörü ortadan kaldırmaya yöneliktir. Yatıklık oluşturan mesleki faktörler ortadan kaldırılamıyorsa hastaya masaj, hidrasyon, sıcak kompres önerilebilir. İnflamasyon ve rekürren enfeksiyonun eşlik ettiği durumlarda anti-inflamatuvar ilaçlar, profilaktik antibiyotik ve sialogoglar kullanılabilir⁸. Habitüel durumlarda psikiyatri konsültasyonu fayda sağlayabilir. Sialektazi ve rekürren parotiditis gelişen olgularda tedavi seçenekleri Stensen kanalı transpozisyonu veya parotidektomidir^{7,9}.

SONUÇ

Bu çalışmada her iki yanakta şişlik şikayeti ile kliniğimize başvuran bir hastada pnömparotis tanısı konularak bulgu ve semptomlar gözden geçirilmiştir. Tanı ve tedavide, öykü ve fizik muayene temeldir. Sık karşılaşılmayan bir olgu olarak pnömparotiste etyolojik faktörleri belirlerken, hava akümülyasyonuna eşlik edebilecek inflamatuvar ve enfeksiyöz patolojilerin varlığı ve rekürrens tedavi seçeneğini belirler.

KAYNAKLAR

1. Markowitz-Spence L, Brodsky L, Siedell G, Stanievich JF. Self-induced pneumoparotitis in adolescent. *Int J Pediatr Otolaryngol* 1987;14:113-21(PMID: 3325441)
2. Mandel L, Kaynar A, DDS, Wazen J. Pneumoparotid: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:22-4(PMID: 1891240)
3. Reilly DJ. Benign transient swelling of the parotid glands following general anesthesia: "Anesthesia mumps." *Anesth Analg* 1970;49:560-3(PMID: 5534667)



4. Kirsch CM, Shinn J, Porzio R, Trefelner E, Kagawa FT, Wehner JH, Jensen WA. Pneumoparotid due to spirometry. *Chest* 1999;116:1475-8(PMID: 10559118)
5. Brodie H, Chole R. Recurrent pneumosialadenitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;98:350-3(PMID: 3132693)
6. David ML, Kanga JF. Pneumoparotid. In cystic fibrosis. *Clin Pediatr* 1988; 27:506-8(PMID: 3168387)
7. Huang PC, Schuster D, Misko G. Pneumoparotid: A case report and review of its pathogenesis, diagnosis and management. *ENT-Ear,Nose and Throat J* 2000 Apr;79(4):316-7(PMID: 10786397)
8. Martin-Granizo R, Herrera M, Garcia-Gonzales D, Mas A. Pneumoparotid in childhood: report of two cases. *Oral Maxillofac Surg* 1999;57:1468-71(PMID: 10596673)
9. Han S, Isaacson G. Recurrent Pneumoparotid: cause and treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:758-61(PMID: 15523461)