

AĞZI SULANDIRAN ŞEYLER PAROTİT VE SİYALOLİTİAZİS: VAKA TAKDİMİ

Fulya Köse¹, Nuray Kılıç², Hatice Şeyma Akça¹, Dilek Atik¹, Eray Zeybekoğlu³

¹Department of Emergency Medicine, Karamanoğlu Mehmetbey University, Karaman

²Manisa Alaşehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Manisa

³Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Karaman

*Corresponding author

ÖZET

Siyalolitiazis tükürük bezi kanalında tükürük akışının durması sonucu kalsiyum karbonat ve kalsiyum fosfat taşının (siyalotit) oluşmasıdır. Ağrı, şişlik ve hassasiyet belirtileri parotit taklit edebilir. Siyalolitiazis parotitten daha sıklıkla ayıran tipik bulgu olarak tek taraflıdır.

37 Yaşında erkek hasta acil servise çenede şişlik şikayeti ile başvuruyor. Hastanın alınan anamnezinde hasta nar yerken birden dişlerinde bir kamaşma hissi olduğu ardında birden çenesinin tek taraflı şiştiği bilgisi öğrenildi. Hastanın bakılan labaratuvar sonuçlarında Wbc:10.12 K/uL Hb:15 g/dL Plt:230 K/uL CRP:18,9 mg/L Amilaz:1029 U/L Lipaz: 39.9 U/L, üre: 27 mg/dL kreatinin:0.99 mg/dL idi. Parotit tipik olarak çene bölgesinin tutulumu ile karakterizedir. Viral parotit, diğer tükürük bezle-rini kapsayabilir. Bazı hastalarda göğüs duvarına kadar uzanabilen yumuşak dokuları kapsayan yüz şişmesine neden olabilir. Hastalarda ağızda salivasyon artışına sebep olacak şeylerden sonra parotit ve siyaladenitis taşı tıkanıkları oluşabilmektedir.

Bu vakayı takdim etmekteki amacımız hastanın yemek yerken aniden çenesinde şişlik oluşması üzerine acil servise başvurması idi. Bu tür ani şişlik olaylarında hastaların allerjik reaksiyonlarla karışabileceği unutulmamalı ve hastaların anamnezleri ayrıntılı alınarak dikkatli muayene edilmeliler.

Keywords: Siyalolitiazis, Parotit, Allerjik reaksiyon.

GİRİŞ

Siyalolitiazis tükürük bezi kanalında tükürük akışının durması sonucu kalsiyum karbonat ve kalsiyum fosfat taşının (siyalotit) oluşmasıdır. Herhangi bir yaş grubunda ortaya çıkabilir, ancak sıklıkla 3. ve 6. Dekatlar arasındaki erkek hastalarda belirti gösterir. Siyalolitiazis vakalarının %80 'den fazlası sublingual bezde oluşur ve geri kalanların çoğu parotid bezinde meydana gelir. Submandibular siyalolitiazis, daha viskoz olan salgıları ve yukarıya doğru çıkan kanalı nedeniyle en sık submandibular kanalda (wharton kanalı) meydana gelir. Ağrı, şişlik ve hassasiyet belirtileri parotitit taklit edebilir. Parotiti siyalolitiazisten ayırt etmek güç olabilir ve bu iki durum birlikte de görülebilir. Bununla birlikte, siyalolitiaziste görülen ağrı ve şişme yemekle artar ve yemek yerken dakikalar içinde ortaya çıkar. Siyalolitiazis parotitten daha sıklıkla ayıran tipik bulgu olarak tek taraflıdır.

Tüm tükürük bezlerinin iltihabi durumu değerlendirildiğinde inflamatuvar süreçten en yaygın olarak etkilenen parotis bezidir. Parotis bezi enfeksiyonları akut şiddetliye kadar değişen inflamatuvar süreçleri vardır. Parotitin bakteriyel ve viral birçok nedeni vardır. Parotit tanısı konulup ampirik antimikrobiyal tedavisinin başlanması önemlidir (1,2,3,4,5).

VAKA SUNUMU

37 Yaşında erkek hasta acil servise çenede şişlik şikayeti ile başvuruyor. Hastanın alınan anamnezinde hasta nar yerken birden dişlerinde bir kamaşma hissi olduğu ardında birden çenesinin tek taraflı şiştiği bilgisi öğrenildi. Daha önce benzer bir şikayeti olmadığı ilk kez böyle biri durumla karşılaştığı öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Hastanın bilinen HT hastalığı mevcut. Hasta allerji ve anaflaksi açısından hızla değerlendirildi. Yapılan fizik muayenede Ateş:36.0 Nb: 77 \dk Ta: 169\98 mmHg SpO2 %95 hastanın sağ anulus mandibularise yakın şişlik mevcuttu. Kızarıklık yok, ısı artışı yok, minimal hassasiyeti mevcuttu ve sertti. Ağız içinde ise tükürük kanallarının bulunduğu bölgeler doğal ve orafarenks normal, uvula ödemi yoktu. Solunum sesleri doğal, batın rahat, nörolojik muayene doğal idi. Ciltte ise herhangi bir başka yerde kızarıklık şişlik kabarıklık veya farklı bir döküntü bulunmamakta idi. Hastanın bakılan labaratuvar sonuçlarında Wbc:10.12 K/uL Hb:15 g/dL Plt:230 K/uL CRP:18,9 mg/L Amilaz:1029 U/L Lipaz: 39.9 U/L, üre: 27 mg/dL kreatin:0.99 mg/dL idi. Hastaya mandibula sinüs(waters)grafisi çekildi Siyaladenit taşı tespit edilmedi. Kulak Burun Boğaz ile konsullte edildi. Hastaya ampirik antibiyoterapi ve nonsteroid antiinflamatuvar düzenlenerek hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Parotit tipik olarak çene bölgesinin tutulumu ile karakterizedir. Viral parotit, diğer tükürük bezlerini kapsayabilir. Bazı hastalarda göğüs duvarına kadar uzanabilen yumuşak dokuları kapsayan yüz şişmesine neden olabilir.

Akut süperatif parotit, yanağın çene açısına kadar uzanan sert, sıcak, eritematöz şekilde şişmesi ve ani başlangıcı ile karakterizedir. Bakteriyel parotit genellikle tek taraflıdır; bez şişer ve aşırı derecede hassaslaşır ve hastalar sıklıkla belirgin ateş ve lökositoz ile birlikte toksemi gösterirler.

Parotis kanalının ağızı kırmızıdır ve eksüdatif tarzda irin görülebilir. Parotis kanalına hafif bir basınç uygulayarak enfekte sıvı dışarı çıkışı gözlenebilir. Bezin yoğun fibröz kapsülü nedeniyle, irin süpürasyonun erken evresinde nadiren ekstraoral olarak işaret eder(6). Bizim vakamız çok akut safhada geldiği için ne tükürük kanallarının ağız içine açılan bölümlerinde bir kızarıklık ne de süpüratif gelen sıvı mevcuttu. Ancak amilazın izole yüksekliği şişlik ve sertlik hastaya parotit tanısı koymamızı sağladı. Hastalarda ağızda salivasyon artışına sebep olacak şeylerden sonra parotit ve siyaladenitis taşı tıkanıkları oluşabilmektedir. Bu vakayı takdim etmekteki amacımız hastanın yemek yerken aniden çenesinde şişlik oluşması üzerine acil servise başvurması idi. Bu tür ani şişlik olaylarında hastaların allerjik reaksiyonlarla karışabileceği unutulmamalı ve hastaların anamnezleri ayrıntılı alınarak dikkatli muayene edilmeliler.

KAYNAKLAR

1. Sills GJ: The mechanisms of action of gabapentin and pregabalin. *Curr Opin Pharmacol.* 2006; 6(1): 108-113.
2. Bilgir O, Calan M, Bilgir F, Kebapçılar L, Yuksel A, Yildiz Y, et al. Gabapentin-induced rhabdomyolysis in a patient with diabetic neuropathy. *Intern Med.* 2009;48(12):1085-7.
3. Atik D, Kılıc N, Köse F. Case Report To Develop Myoclonus With The Use Of First Dose Gabapentin. *International Journal Of Health Sciences Of Northern Lights (Ijohson).*2021; 1(2):29-31.
4. Torregrosa-de Juan E, Olagüe-Díaz P, Royo-Maicas P, Fernández-Nájera E, García-Maset R. Acute renal failure due to gabapentin. A case report and literature. *Nefrologia.* 2012;32(1):130-1.
5. Bassilios N, Launay-Vacher V, Khoury N, Rondeau E, Deray G, Sraer JD. Gabapentin neurotoxicity in a chronic haemodialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16(10):2112-3.
6. Lipson J, Lavoie S, Zimmerman D. Gabapentin-induced myopathy in 2 patients on short daily hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2005;45(6):e100-4.
7. Bosch X, Poch E, Grau JM. Rhabdomyolysis and acute kidney injury. *N Engl J Med.* 2009; 361:62–72. Diker S, Tanburoğlu A. Relationship of Atrial Fibrillation with Recurrent Ischemic Stroke / Transient Ischemic Attack. *Dicle Med J.* 2022; 49(1):187-192.
8. Lima RS, da Silva Junior GB, Liborio AB et al. Acute kidney injury due to rhabdomyolysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2008; 19: 721-9.
9. Melli G, Chaudhry V, Cornblath DR. Rhabdomyolysis: an evaluation of 475 hospitalized patients. *Medicine Baltimore.* 2005; 84: 377- 85.