

# NÖROCERRAHİ OLGUSUNDA GELİŞEN POSTOPERATİF SİELOADENİT (OLGU SUNUMU)

Şennur UZUN, Ömer Savaş YILBAŞ, Altan ŞAHİN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

## ÖZET

*Benign parotis bezi büyümesi, nadir postoperatif komplikasyonlardan birisidir. Nörocerrahi sonrası benign parotis bezi büyümesinin muhtemel sebepleri; hasta pozisyonuna bağlı anatomik değişiklikler, operasyon sırasında uygulanan sistemik dehidratasyon tedavisi, ilaçlar, entübasyona bağlı oluşabilecek travma ve parasempatik stimülasyon, Stensen kanalından retrograd olarak anestetik gaz veya hava insuflasyonudur. Bu olgu sunumunda, nörocerrahi sonrası postoperatif sieloadenit tanısı alan hastadaki muhtemel sebepler tartışılmıştır.*

**ANAHTAR KELİMELEER:** Sieloadenit, anestezi

## SUMMARY

### POSTOPERATIVE SIELOADENITIS IN A NEUROSURGICAL PATIENT (CASE REPORT)

*Benign parotitis gland enlargement is a rare postoperative complication. Probable causes seen after neurosurgery are: anatomical changes related to patient position, peroperative systemic dehydration therapy, drugs, trauma related to intubation and parasympathetic stimulation, retrograd insuflation of anaesthetic gases and air through the Stensen duct. In this case report, possible etiologies of a patient diagnosed with sieloadenitis following neurosurgery operation will be discussed.*

**KEY WORDS:** Sieloadenitis, anesthesia

## GİRİŞ

Benign parotis bezi büyümesi, postoperatif hastalarda görülen nadir komplikasyonlardan birisidir. Nörocerrahi ile ilişkili benign parotis bezi büyümesinin muhtemel sebepleri; hasta pozisyonuna bağlı anatomik değişiklikler, operasyon sırasında uygulanan sistemik dehidratasyon tedavisi, ilaçlar, entübasyona bağlı oluşabilecek travma ve parasempatik stimülasyon, Stensen kanalından retrograd olarak anestetik gaz veya hava insuflasyonudur. Postoperatif benign tükürük bezi büyümesi genellikle operasyonu takip eden 1-15 hafta içinde klinik bulgu verir. Bununla birlikte, klinik bulguların anestezi indüksiyonu sonrası veya erken postoperatif dönemde de ortaya çıktığı bildirilmiştir (1-9). Klinik olarak karotis bezinde tek veya çift taraflı ağrısız minimal büyüme olabileceği gibi, hava yolu obstrüksiyonuna neden olan masif büyümeler de izlenebilir.

## OLGU

Bir haftadır devam eden baş ağrısı, nöbet geçirme, konuşamama, yürüyememe şikayetleriyle acil polikliniğine başvuran 41 yaşında, 65 kg, erkek hastanın anemnezinde, 2005 yılında nöbet geçirme şikayetiyle başvurduğu nöroşirurji bölümünde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, World Health Organization) grade 2, miks oligoastrositom tanısı ile sol frontotemporal kraniotomi ile (tümör, abse, vasküler oluşum) operasyonuna alınmış ve

54 Gy (gray, emilen doz birimi) radyoterapi uygulanıp antiepileptik tedavi başlanmış olduğu öğrenildi. Olgunun, şimdiki cerrahisi öncesi, Nöroşirurji bölümünde yapılan muayenesinde disfazi, sağ santral fasiyal paralizi, sol alt ve üst ekstremitelerinde kuvvetsizlik saptanmış, diğer sistemik fizik muayene bulguları normal olarak değerlendirilmiştir. Biyokimyasal parametreleri; AST 35.99 (üst sınır 33 UL<sup>-1</sup>), GGT 89.06 (üst sınır 40 UL<sup>-1</sup>), total Ca 8.50 (alt sınır 8.6 mg dL<sup>-1</sup>), Na 135.75 (alt sınır 136 mEq L<sup>-1</sup>), üre 26.95 (üst sınır 23 mg dL<sup>-1</sup>) olması dışında diğer ölçümleri normal ve lökosit değeri 10200 /mm<sup>3</sup> olarak belirlenmiştir. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) önceki MRG'larına göre kitle etkisinde ve şift bulgusunda belirgin artış saptanması üzerine tekrar operasyon kararı alınmıştır.

Anestezi indüksiyonu 200 mg propofol İV ve 6.5 mg veküronyum bromid İV ile yapıldı. İdamede %50 O<sub>2</sub> ve N<sub>2</sub>O karışımında sevofluran 1 MAC kullanıldı. İç çapı 10.0 mm kaflı endotrakeal tüp ile komplikasyonsuz olarak entübe edildi. Hastanın supin yatarken başı sağa çevrilerek cerrahi pozisyon verildi. Yaklaşık 7 saat süren operasyon sürecinde hastanın tüm vital bulguları stabil ve normal sınırlarda seyretti. Operasyon sırasındaki tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri preoperatif değerler ile uyumlu idi. Ameliyat sonunda, nöromüsküler blok 0.5 mg atropin ve 1.5 mg neostigmin İV ile antago-

nize edilerek komplikasyonsuz olarak ekstübe edildi ve takip amacıyla ayılma odasına alındı. Takiplerinde sorunu olmayan hasta Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesine devredildi.

Bu bölümdeki takibinin ilk gününde, hastanın sağ parotis bezi lojuna uyan bölgede progresif olarak büyüyen, ağrı ve kızarıklığın eşlik etmediği şişlik fark edilerek Kulak Burun Boğaz (KBB) bölümünden konsültasyon istendi. Hastanın postoperatif biyokimya, tam kan sayımı tetkikleri ile diğer fizik muayene ve vital bulguları normal sınırlarda, beyaz küresi ise 14900/mm<sup>3</sup> idi. KBB muayenesinde; sağ Stensen ağzından tükrük gelişiminin azaldığı, püy gelişiminin olmadığı, sağ parotis kuyruğunda 2x2 cm'lik sert bir şişlik ve etrafında 2 cm çaplı ödem olduğu tespit edildi. Hastanın yüzeysel ultrasonografisinde (USG); semptomatik alanda parotis bezinin büyük ve ödemli olduğu, parankim ekojenitesinin arttığı, renkli doppler incelemede parotis bezinin kanlanması belirgin artış olduğu, ayrıca parotis bezi içerisinde vasküler yapılar dışında lenfatik yollara ait olduğu düşünülen genişlemiş tübüler görünüm rapor edildi. Kabakulak IgM antikorları negatif olan hastaya KBB bölümü tarafından sieloadenit tanısı konularak; bol oral hidrasyon, siyalogogal ve sekregogal diyet, 3x1.2 gr İV amoksisilin-klavulanik asit, 2x1 gr İV metamazol sodyum, 2x50 mg İV ranitidin HCL tedavisi başlandı. Hasta bir hafta tedavi aldıktan sonra, KBB ve Nöroşirurji bölümlerinin polikliniklerinde kontrol önerisiyle taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Yedi saat süren bir operasyon sonrası, serviste ilk gün parotis lojunda şişlik şikayeti üzerine değerlendirilen ve sieloadenit tanısı alan hastanın etiyolojisinde muhtemel sebepler tartışılmıştır.

Benign parotis bezi büyümesinin ayırıcı tanısında ilk akla gelmesi gereken durum bakteriyel parotitistir. Genellikle yaşlı ve altta yatan hastalıkları olanlarda görülür. Parotis bezinin şiş ve yumuşak oluşu, parotis bezi lojuna uyan bölgede sıcaklık artışı ve Stensen kanalı ağzından püy gelişimi fizik muayenede dikkati çeken unsurlardır. Bu fizik muayene bulgularına laboratuvar bulgusu olarak belirgin polimorf nüveli lökosit artışı eşlik eder. Etken bakteriler genellikle *Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus viridans*'tır (6,10,11). Gram negatif basillerden *Enterobacteriaceae*'nın ve anaerobların da etken olabileceği belirtilmiştir (7,12,13). Enfeksiyonun ilerlemesi boyunda masif şişliğe, respiratuvar obstrüksiyona, septisemiye, komşu fasiyal kemiklerde osteomyelite neden olabilir. Sistemik dehidratasyon postoperatif hastalarda tükrük stazının sık bir nedenidir ve akut süperatif enfeksiyon için artmış risk oluşturur (7). Major abdo-

minal cerrahi sonrası akut bakteriyel parotitis yaklaşık 1/1000 hastada görülür (14). Olgumuzun ateşi, parotis bezi lojuna uyan bölgede kızarıklığı veya ağrısı olmadı. Ayrıca KBB bölümünce yapılan muayenesinde Stensen kanalından püy gelişimi izlenmediğinden tanıda bakteriyel bir sebep düşünülmüdü.

Sielolitiazis de benign parotis bezi büyümesinin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Sielolitiazis mekanik obstrüksiyona neden olarak tükrük stazı yapar, bakteriyel enfeksiyona zemin hazırlar (7). Hastamızın USG'sinde taş ve benzeri oluşumlara rastlanmadı. Kabakulak virüs enfeksiyonu; lenfoma, lösemi, sarkoidoz, Sjögren sendromu, malnutrisyon, siroz, travma, yabancı cisim, parotis bezi amfizemi-pnömparotitis, krepitasyonla beraber, sieloadenit de ayırıcı tanı da düşünülmelidir (6,7,11). Sieloadenit, tükrük bezi iltihabı olarak tanımlanır. Hastamızda yukarıda bahsedilen durumlardan hiçbirini düşündürecek fizik muayene ve laboratuvar bulgusu yoktu.

Nörocerrahi ile ilişkili benign parotis bezi büyümesinin muhtemel sebepleri arasında; entübasyona bağlı travma ve entübasyon sonrasında ağıza konan tamponun neden olduğu parotis bezi venöz konjesyonu, entübasyon veya endoskopi sırasında ağız, dil ve farenksdeki sinir liflerinin uyarılmasıyla oluşan ve parotis bezinde vazodilatasyon, hiperemiye yol açan şiddetli parasempatik uyarı, Stensen kanalından retrograd olarak anestezi gaz veya hava insuflasyonu ile ilaçlara karşı gelişebilen idiosinkronik reaksiyonlar, analjezik, antihistaminik, süksinilkolin gibi myelorelaksan ve fenotiazin türevlerinin neden olduğu tükrük akış ve içerik değişiklikleri, genel anestezi ve barbitüratların medüller etki ile tükrük salgısını inhibe etmeleri, atropinin tükrük salgısının viskozitesini artırması, antikolinesterazların parasempatometik etkileri sayılabilir. Hasta pozisyonuna bağlı anatomik değişikliklerin, özellikle de oturur pozisyonda başın fleksiyon veya yana rotasyonunun neden olduğu duktal obstrüksiyon, operasyon sırasında uygulanan dehidratasyon terapisi olası nedenler arasındadır (3,4,6,7,15,16). Bu olguda pozisyona bağlı Stensen kanalında obstrüksiyon gelişmiş olabileceği ilk akla gelen nedenler arasındadır. Operasyonun da uzun sürmesi, bu bu etkiyi artırarak postoperatif görülen tabloyu oluşturmuş olabilir. Bu olası komplikasyonun engellenmesi amacıyla hastanın peroperatif baş boyun pozisyonuna özel bir önem verilmesi ve peroperatif hidrasyona dikkat edilmesi gerekir.

Klinik tablo, ağrısız minimal büyümeden, hava yolu obstrüksiyonuna yol açan masif büyümelere kadar değişebilir (4). Klinik tablo genellikle bilateral olmakla birlikte vakamızda olduğu gibi unilateral vakalar da bildirilmiştir (6,7,9).

Ayrıci tanıda düşünülen kabakulak enfeksiyonu ateş olmaması, bulguların unilateral olması ve kabakulak IgM antikorlarının negatif olması ile ekarte edildi. Tedavi sonrası parotis şişliğinin hemen tedaviye yanıt vermesi ve küçülmesi de ortalama 1 hafta süren kabakulaktan uzaklaştırdı. Kalın endotrakeal tüp kullanılması da kanal ağzında obstrüksiyona yol açarak sieloadenit gelişmesine katkı sağlamış olabilir.

Hastamıza tedavi olarak oral hidrasyon, sialogogal ve sekregogal diyet (limon gibi ekşi ve tükürük miktarını, salgılanmasını arttıran gıdalar), 3x1.2 gr İV amoksisilinklavulonik asit uygulandı. Olgunun klinik bulguları tedavinin ikinci günü belirgin olarak geriledi ve birinci haftanın sonunda taburcu edildi. Literatürde benign parotis bezi büyümelerinin kendi kendini sınırlayan bir süreç olduğu ve özel bir tedavinin gerekmediği, sadece semptomatik tedavinin yapılması gerektiğini belirten yayınlar mevcut olduğu gibi makrolidler grubundan spiramisin ile tedavi edilen bir seri vaka da bulunmaktadır (6,7). Postoperatif yakın takip, hidrasyon, antiinflamatuvar ve antibiyotik tedavisi ile olguların semptomları azaltılabilir.

Bu olgu sunumunda, nöroşirürji operasyonları sonrası görülebilen bir komplikasyon olan akut sieloadenit tablosunun kliniği, etiyoloji ve tedavi yaklaşımı tartışılmıştır.

#### Yazışma Adresi: Dr. Şennur UZUN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı  
Sıhhiye, 06100- Ankara  
Tel: 312 3051250  
Faks: 312 3109600  
E-posta: sennuruzun@superonline.com

#### KAYNAKLAR

1. Gilsanz F, Alvarez J, Martinez R, Vaquero J. Transient parotid gland swelling after neurosurgical procedures. J Neurosurg Sci 1988; 32: 123-5.
2. Travis LW, Hecht DW. Acute and chronic inflammatory disease of the salivary glands: diagnosis and management. Otolaryng Clin North Am 1977; 10: 329-38.
3. Katayama T, Katou F, Motegi K. Unilateral parotid swelling after general anaesthesia: a case report. J Cranio Maxillofac Surg 1990; 18: 229-32.
4. Hemenway WG, English GM. Surgical treatment of acute bacterial parotitis. Postgrad Med 1971; 50: 114-9.
5. Lundgren A, Kylan P, Odkvist LM. Nosocomial parotitis. Acta Otolaryngol 1976; 82: 275-8.
6. 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.
7. McQuone SJ. Acute viral and bacterial infections of the salivary glands. Otolaryngol Clin North Am 1999; 32: 793-811.
8. Attas M, Sabawala PB, Keats AS. Acute transient sialoadenopathy during induction of anesthesia. Anesthesiology 1968; 29: 1050-2.
9. Bonchek LI. Salivary gland enlargement during induction of anesthesia. JAMA 1969; 209: 1716-8.
10. Calcaterra TC, Lowe J. Pneumoparotiditis. Arch Otolaryngol 1973; 97: 468-9.
11. Rice DH. Salivary gland physiology. Otolaryngol Clin North Am 1977; 10: 273-85.
12. Yonkers AJ, Krous HF, Yarrington CT Jr. Surgical parotitis. Laryngoscope 1972; 82: 1239-47.
13. Lary BG. Postoperative suppurative parotitis. Arch Surg 1964; 89: 653-5.
14. Smith GL, Mainous EG, Crowell NT. Unilateral submandibular gland swelling after induction of general anaesthesia: report of a case. J Oral Surg 1972; 30: 911-2.
15. Reilly DJ. Benign transient swelling of the parotid glands following general anaesthesia: "Anaesthesia mumps". Anesth Analg 1970; 49: 560-3.
16. Sarr MG, Frey HA unique case of benign postoperative parotid swelling. Johns Hopkins Med J 1980; 146: 11-5.