



# Kronik Parotit: HIV-Enfekte Çocuk Hastanın İlk Bulgusu

Nevin Hatipoğlu<sup>1</sup>, Özden Türel<sup>2</sup>, Çiğdem Aydoğmuş<sup>1</sup>, Hüsem Hatipoğlu<sup>1</sup>, Nuri Engerek<sup>1</sup>, Rengin Şiraneci<sup>1</sup>, Sami Hatipoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

## ÖZET

*Kronik parotit: HIV-enfekte çocuk hastanın ilk bulgusu*

HIV/AIDS enfeksiyonu tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır. Hastalığın klinik bulgularının her basamaktaki hekim tarafından bilinmesi önem arz etmektedir. Parotis bezlerinde kronik büyüme özellikle çocuklarda görülen HIV/AIDS enfeksiyonu bulguları arasındadır.

HIV enfeksiyonunda kronik parotit değişik sıklıkta bildirilmekte olup, çocuklarda daha yaygındır. Türkiye'de HIV enfeksiyonu henüz ileri boyutlara ulaşmamış olmakla birlikte son yıllarda giderek artan oranlarda rapor edilmektedir. Hastalığın tanı ve tedavisinde gecikmenin önüne geçilmelidir. HIV enfeksiyonu tanısı konan her çocuk olgu, ailesinde bilinmeyen diğer enfekte bireylerin de tanı almasında rol almaktadır. Kronik veya tekrarlayıcı parotiti olan her çocuk HIV enfeksiyonu için araştırılmalıdır. Bu yazıda ailesindeki herhangi bir bireyde daha önce HIV enfeksiyonu tanısı bilinmeyen ve uzun süredir devam eden parotis şişliği ve ateş şikayeti olan HIV parotitli bir çocuk hasta güncel literatür birlikteliğinde sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, HIV enfeksiyonu, parotit

## ABSTRACT

*Chronic parotitis: first sign of HIV-infected child*

HIV/AIDS infection is becoming more widespread all over the world as well as our country. It is important to know the clinical findings at all levels. Chronic enlargement in parotid glands is among the findings of HIV/AIDS infection in children.

Chronic parotitis is frequently reported in HIV infection and is more common in children. HIV/AIDS disease is increasingly being reported in recent years in Turkey, although it has not reached great numbers yet. Every pediatric case diagnosed as HIV infection indicates another infected but unknown family member. Any child suffering from chronic or recurrent parotitis should be investigated for HIV infection. In this article, a child with HIV parotitis having long-lasting swelling of parotid glands and fever but no known HIV infection in family members was presented in the light of current literature.

**Key words:** Child, HIV infection, parotitis.

**Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12:140-143**

## GİRİŞ

Parotis bezinin akut iltihabı, çocukluk çağında ve evrensel aşılamanın yapılmadığı popülasyonlarda en sık kabakulak enfeksiyonu şeklindedir. Ülkemizde de,

2006 yılından itibaren kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısının Sağlık Bakanlığı tarafından 12 ayını doldurmuş bebeklere rutin olarak uygulanmaya geçilmesinden önceki dönemde epidemik parotis bezinin en sık viral enfeksiyonu kabakulak virüsüne bağlı idi. Günümüzde aşının yaygın kullanımıyla akut epidemik parotit olguları azalmıştır. Kronik parotit ise parotis bezinin tek veya iki taraflı, ağrılı şişliği şeklinde ortaya çıkan yavaş seyirli bir yangısal hastalıdır (1,2). Orta yaşta kişilerde sık rastlanmasına rağmen çocuklarda ender görülür. Etyolojide tükürük akımını bozan lokal durumlar yanında enfeksiyöz nedenlere bağlı parotit rol oynayabilir.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Nevin Hatipoğlu, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-532-784-1523

Elektronik posta adresi / E-mail address: naydin9@mynet.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 24 Aralık 2013 / December 24, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance: 14 Mayıs 2014 / May 14, 2014

İnsan immün yetersizlik virüs (human immunodeficiency virus, HIV) enfeksiyonu ve buna bağlı edinsel bağışıklık yetersizliği sendromu (acquired immun deficiency syndrome, AIDS), tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilk tanı konduğu dönemlerden itibaren giderek yaygınlaşmış ve önemi artmıştır. Pediyatrik HIV enfeksiyonunda en büyük risk faktörü annedeki HIV enfeksiyonudur. Doğum öncesi annede enfeksiyonun bilinmesiyle uygulanacak profilaksi, bebeği enfeksiyondan korumada büyük ölçüde yararlı iken, annenin bilinmeyen HIV durumu sebebiyle çocukta enfeksiyon doğal seyrinde ilerleyebilir. Bu da prognozu doğrudan etkileyen erken tanı şansını ortadan kaldırılabılır. Erişkinde hastalığın klinik bulgular oluşturmaması 10-15 yıl sonra başladığı halde perinatal HIV enfeksiyonu olan bir kısım hastada hastalık genellikle 6 yıl ortalama yaşam ömrüne sahiptir ve pek azında (<5%) postnatal 8 yıldan sonra belirti verir.

HIV/AIDS hastalığının çeşitli klinik bulgularından birisi olan parotis tutulumu, hastanın doktora ilk başvuru sebebi olabilir. HIV ile ilişkili parotit daha çok çocuklarda görülen, tükürük bezinin genellikle iki taraflı, sert, ağrılı olmayan kronik büyümesidir. Bu yazıda sağ yanakta uzun süredir devam eden şişlik ve ateş şikayeti olan ve ailesinin hiçbir ferinde HIV enfeksiyonu durumu bilinmeyen bir çocuktaki kronik HIV parotiti sunulmaktadır literatür gözden geçirildi.

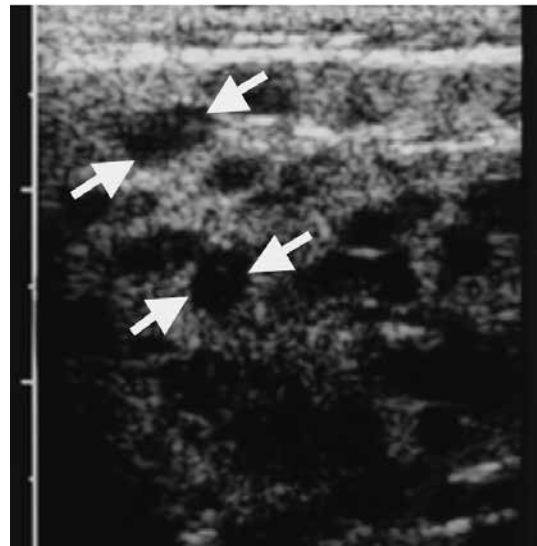
## OLGU SUNUMU

Dört yaş sekiz aylık erkek hasta 6 hafta önce ortaya çıkan sağ yanağında şişlik ve 38-38.5°C arasında olan ateş şikayetleri nedeniyle bir sağlık kuruluşuna götürülmüş. Kabakulak aşılama öyküsü olmayan ancak 2 yıl önce kabakulak geçirdiğini ve klinik olarak tanı konduğunu ifade eden hastaya semptomatik tedavi verilmiş. İştahsızlık, zaman zaman tekrarlayan ateş ve yanaktaki ağrılı olmayan şişliğin devam etmesi dolayısıyla çeşitli merkezlere başvuran, antibiyotik tedavisi uygulanan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı.

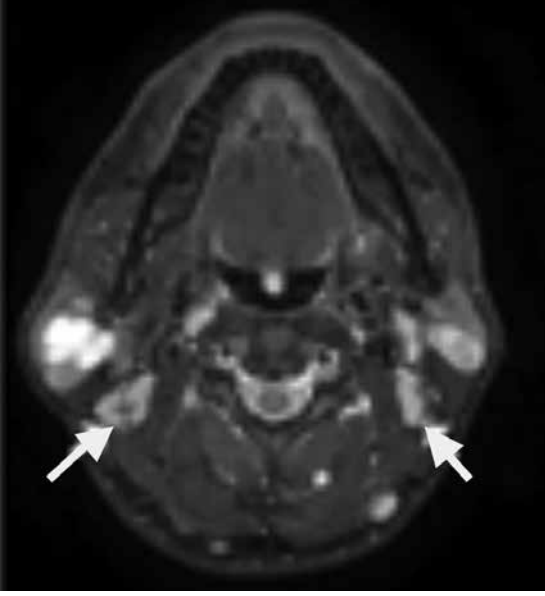
Öyküsünden 1.5 aylık iken viral bronşiyolit ve bir yaşında iken zatürre nedeniyle hastanede yatarak tedavi gördüğü öğrenildi. Aşılı yaşına uygun yapılan hastanın soygeçmişinde bilinen önemli bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ retromandibuler ve parotis lojuna uyan bölgede 3x2 cm ve solda da aynı bölgede 1x1 cm boyutlarında olmak üzere sert, ağrısız, kısmen hareketli ve cilt renginde değişikliğe yol açmayan kitleleri mev-

cuttu. Diğer tüm sistem muayeneleri doğal olan hastanın boy, kilo ve nörolojik gelişimi yaşına uygundu. Ön tanı olarak parotis apsesi veya tüberkülozu, parotis kanalında taş, kronik otoimmün parotit, lenfoma, parotis bez tümörü, sarkoidoz veya viral enfeksiyon düşünüldü.

Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 10.4 g/dL, toplam lökosit 13000/  $\mu$ L, trombositler 63000/  $\mu$ L, bir saatlik eritrosit sedimentasyon hızı 120 mm, periferik kan yayması incelemesinde polimorf nüve hakimiyetinde, atipik hücresi yok, normokrom normositer eritrositler ve yeterli sayıda trombosit kümeleri görüldü. Hafif hiponatremi (Na: 131 mEq/L) ve C-reaktif proteini 20 mg/L olması dışında biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Bir verem aşısı izi olan hastanın düz akciğer grafisi normal ve tüberkülin cilt testi 72 saat sonunda 0 mm endurasyonlu idi. Karın ultrasonografisinde dalak non-homojen, büyük çaplı 10.5 cm boyutunda, portal hilusta 12x28 mm'lik lenfadenomegali gözlemlendi. Boyun ultrasonografisinde ise her iki parotis lojunda sağda 3.5 cm ve solda 2.5 cm çaplı miks ekolu lezyonlar görüldü (Şekil 1). Bulgular öncelikle kistik rekürren parotit veya hemanjiyom olarak yorumlandı. Çekilen boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) her iki parotis bezinde büyüme, sağ tarafta daha büyük bir alanda olmak üzere lezyon bölgesinde çok sayıda intraglandüler solid ve kistik yapılar izlendi (Şekil 2). Görüntüler lenfoproliferatif süreç ve lenfoma ön tanılarını ile uyumlu olarak yorumlandı. Kemik iliği aspirasyonunda patolojik özellik kaydedilmedi. Viral tetkiklerinde kabakulak immün-globulin (Ig M negatif,



**Şekil 1:** Parotis lojunda çok sayıda ve değişik boyutlarda miks ekolu lezyonlar (oklar).



**Şekil 2:** Her iki parotis bezinde büyüme, sağ tarafta daha büyük bir alanda olmak üzere lezyon bölgesinde çok sayıda intraglandüler solid ve kistik yapılar (oklar).

IgG pozitif; sitomegalovirus IgM negatif, IgG pozitif; Epstein-Barr virus IgM ve IgG negatif, parvovirus IgM ve IgG negatif olarak bulundu. Hastanın anti-HIV testi pozitif saptandı. Ayrıca hastanın annesinde de anti-HIV bakıldı ve pozitif bulundu. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve İstanbul Tıp Fakültesi Viroloji Laboratuvarı'nda yapılan, Western Blot doğrulama testi hem hastada hem de annesinde pozitif sonuçlandı. Daha önce kan ve kan ürünü nakli olmayan ve cerrahi girişim yapılmayan hastada vertikal bulaşa bağlı perinatal HIV enfeksiyonu tanısı kondu. CD4+ T lenfosit sayısı 900/µL (>%25) idi. Hasta klinik kategori B ve immün kategori 1 ve semptomatik HIV enfeksiyonu tanısıyla antiretroviral tedaviye alındı. Bir yıl sonundaki izleminde CD4+ T lenfosit sayısı 800/µL, hafif anemisi ve kısmen gerileyen parotis büyüklüğü dışında sorunsuz idi.

## TARTIŞMA

Tüm dünyada 34 milyon civarında HIV/AIDS hastalığı ile yaşayan olduğu ve bunların 3.3 milyonunu 15 yaş altındaki çocukların oluşturduğu bildirilmektedir (3). Türkiye'de ilk olarak 1985 yılında üç olarak bildirilen toplam HIV/AIDS vaka sayısı 2012 yılında 6188'e ulaşmıştır (4). Geçtiğimiz yıl dahil, ülkemizde 0-19 yaş arası toplamda 179 HIV/AIDS vakasının sadece 2012 yılı içinde 31'i yeni vaka olarak rapor edilmiştir. Olası bulaşma yolları

arasında perinatal bulaş %1.1 oranında olmakla birlikte, bulaşmanın %48.8'inin bilinmeyen yolla olduğu ifade edilmektedir. Pediatrik HIV enfeksiyonu en sık olarak anneden bebeğe perinatal dönemde bulaşma (%86.6) sonucunda ortaya çıkar (5). Tanı almamış her HIV enfeksiyonlu anne adayını, doğacak çocuk için potansiyel enfeksiyon kaynağıdır. Bu veriler HIV enfeksiyonunun ne denli hızla yaygınlaşma potansiyeli olduğunu ortaya koymaktadır.

Kronik parotit tükürük kanalında taş, darlık, mukus tıkaçı, doğumsal anomaliler, dehidratasyon, immün nedenler (Mikulicz hastalığı, Sjögren sendromu), atropin ve antihistaminik ilaç etkisi gibi tükürük akımını azaltan nedenler olabilir. Tıkanma dışı sebepler olarak radyasyon hasarı ve bakteriyel veya viral enfeksiyon hastalıkları yol açabilir. Kronik enfeksiyonlardan HIV enfeksiyonunun erken tanınması önemlidir.

Çocuklarda HIV enfeksiyonuna bağlı en sık görülen ağız lezyonlarından biri parotislerde büyümedir (6). Parotis bezinde büyüme HIV ile enfekte erişkinlere kıyasla daha çok çocuklarda görülmektedir (7). Kronik hipertrofik parotit (KHP) HIV/AIDS olgularında değişik oranlarda bildirilmektedir. Romanya'dan yapılan bir çalışmada, onbeş yaş altındaki 579 HIV pozitif çocuk hastada KHP %23.3 sıklıkta bulunmuştur (8). Yine, %74.7'i beş yaş altında olan 285 HIV pozitif çocuğun klinik profilinin incelendiği diğer bir çalışmada KHP olgularının %9.5'inde kaydedilmiştir (5). Uzakdoğu'da yapılan bir başka çalışmada ise parotit pediatrik AIDS olgularının %5.2'sinde görülmüştür (9). Parotiste kronik büyüme olgumuzda ilk başvuru sebebi olmuştur.

Bahsedilen olguda olduğu gibi, parotis bezi ultrasonografik incelemesi hem hızlı ve basit bir yöntemdir hem de kıymetli bilgiler verir (10). Genellikle iki taraflı çok sayıda ve değişik çaplarda sonolusent alanlar görülür. Bu bölgeler parotis içindeki lenfadenopatiler, lenfoepitelyal kistler ve parankimdeki lenfoproliferasyonun varlığını işaret eder (11). Bilgisayarlı tomografi ve MRG incelemeleri parotis bezine ait otoimmün hastalıklar, lenfoma, malign tümörler ve tükürük kanalı tıkanıklığı gibi diğer hastalıklarından ayırıcı tanısında çok yararlıdır (12,13). Özellikle biyopsi öncesi invaziv olmayan tetkik olanağı sunarlar. T1 ağırlıklı görüntülemelerde düşük sinyal ve T2 ağırlıklı görüntülemelerde yüksek sinyalli çok sayıda lezyonlar hastamızın MRG tetkikinde de ortaya konmuştur ve HIV parotiti için tanısız kabul edilmektedir (14).

Diğer tükürük bezlerinden farklı olarak, lenfoid doku

parotis bezi kapsülünün iç kısmında yer alır. HIV enfeksiyonunda hedef organ lenfoid sistem olduğundan, parotislerdeki etkilenme özgül patolojik bulgular ortaya koyar (15). Mikroskopik olarak parotis lenf nodlarında foliküler hiperplazi, CD8 T lenfositlerle diffüz infiltrasyon ve benin lenfoepitelyal kistler şeklindedir (16). Histolojik olarak, kronik parotitteki CD8+ lenfosit infiltrasyonunun HIV veya EBV veya her ikisinin birlikte enfeksiyonuna bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Diğer yandan, HIV parotitli 19 hastanın histopatolojik incelemesinde hastaların tümünde EBV gösterilememiş ve patogeneizde rolü kanıtlanamamıştır (17). HIV parotitli olgumuzda biyopsi incelemesi yapılmamış olmakla birlikte serolojik olarak akut veya geçirilmiş EBV enfeksiyonu tespit edilemedi.

Kronik parotit HIV enfekte çocuklarda spesifik bulgular arasında sayılmakta ve iyi prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir (18). HIV enfeksiyonundaki kronik parotitin özgün bir tedavisi yoktur. Genellikle önerilen

kozmetik sorun oluşturan vakalara antiretroviral tedavi verilmesi ve çok gerektiğinde düşük doz radyoterapi uygulanması şeklindedir (19,20). Hastamızda da bir yıl takip sonrasında antiretroviral tedavi ile parotis kitlesinde kısmen gerileme gözlemlendi.

Sonuç olarak, HIV parotiti çocukluk çağındaki HIV/AIDS hastalığında çeşitli sıklıkta bildirilmektedir. Türkiye’de kabakulak aşılmasının günümüzde rutin uygulanmasıyla kabakulak virusu dışındaki diğer ajanlarla oluşan parotis enfeksiyonlarının sıklığı daha da artacaktır. Ülkemizde HIV enfeksiyonu henüz ileri boyutlara ulaşmamış olarak birlikte hastalığın çeşitli klinik yansımaları her basamaktaki hekim tarafından bilinmeli ve böylece tanı ve tedavide gecikmenin önüne geçilebilir. Çocuk HIV enfekte hastalar ailelerinde bilinmeyen erişkin HIV enfekte bireylerin de tanınmasında dolaylı rol oynamaktadır. Kronik veya tekrarlayıcı parotiti olan her çocuk HIV enfeksiyonu için araştırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Motamed M, Laugharne D, Bradley PJ. Management of chronic parotitis: a review. *J Laryngol Otol* 2003; 117: 521-526.
- Harbison JM, Liess BD, Templer JW, Zitsch RP 3rd, Wieberg JA. Chronic parotitis: a challenging disease entity. *Ear Nose Throat J* 2011; 90: E13-6.
- UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 [http://www.unaids.org/globalreport/global\\_report.htm](http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm)
- Dr. Aygen Tümer. HIV/AIDS nedir? Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM). [http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS\\_web2012.pdf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web2012.pdf)
- Merchant RH, Oswal JS, Bhagwat RV, Karkare J. Clinical profile of HIV infection. *Indian Pediatr* 2001; 38: 239-246.
- Katz MH, Mastrucci MT, Leggott PJ, Westenhouse J, Greenspan JS, Scott GB. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *Am J Dis Child* 1993; 147: 45-48.
- Patton LL, van der Horst C. Oral infections and other manifestations of HIV disease. *Infect Dis Clin North Am* 1999; 13: 879-900.
- Madelena L, Dr gan I, Mihordea M. Clinical and immunological features of the HIV infection associated with chronic hypertrophic parotitis in children. *Rom J Virol* 1995; 46: 135-143.
- Chaloryoo S, Chotpitayasonndh T, Chiangmai PN. AIDS in ENT in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 44: 103-107.
- Kabenge C, Ng S, Muyinda Z, Ameda F. Diagnostic ultrasound patterns of parotid glands in human immunodeficiency virus-positive patients in Mulago, Uganda. *Dentomaxillofac Radiol* 2010; 39: 389-399.
- Mandel L. Ultrasound findings in HIV-positive patients with parotid gland swellings. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 283-286.
- Lowe LH, Stokes LS, Johnson JE, Heller RM, Royal SA, Wushensky C, Hernanz-Schulman M. Swelling at the angle of the mandible: imaging of the pediatric parotid gland and periparotid region. *Radiographics* 2001; 21: 1211-1227.
- Kirshenbaum KJ, Nadimpalli SR, Friedman M, Kirshenbaum GL, Cavallino RP. Benign lymphoepithelial parotid tumors in AIDS patients: CT and MR findings in nine cases. *AJNR Am J Neuroradiol* 1991; 12: 271-274.
- Soberman N, Leonidas JC, Berdon WE, Bonagura V, Haller JO, Posner M, Mandel L. Parotid enlargement in children seropositive for human immunodeficiency virus: imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1991; 157: 553-556.
- Bem C, Barucha H, Patil PS. Parotid disease and human immunodeficiency virus infection in Zambia. *Br J Surg* 1992; 79: 768-770.
- Mandel L, Kim D, Uy C. Parotid gland swelling in HIV diffuse infiltrative CD8 lymphocytosis syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 565-568.
- Chetty R, Vaithilingum M, Thejpal R. Epstein-Barr virus status and the histopathological changes of parotid gland lymphoid infiltrates in HIV-positive children. *Pathology* 1999; 31: 413-417.
- Spira R, Lepage P, Msellati P, et al. Natural history of human immunodeficiency virus type 1 infection in children: a five-year prospective study in Rwanda. Mother-to-Child HIV-1 Transmission Study Group. *Pediatrics* 1999; 104: e56.
- Mandel L, Surattanont F. Regression of HIV parotid swellings after antiviral therapy: case reports with computed tomographic scan evidence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 454-459.
- Beitler JJ, Vikram B, Silver CE, et al. Low-dose radiotherapy for multicystic benign lymphoepithelial lesions of the parotid gland in HIV-positive patients: long-term results. *Head Neck* 1995; 17: 31-35.