

Acute sialoadenitis van de glandula parotidea

Een 88-jarige vrouw met diabetes mellitus en perifeer arterieel vaatlijden werd opgenomen op de afdeling vaatchirurgie van een universitair medisch centrum. Gedurende het verblijf ontwikkelde zij plotseling aan de rechterzijde van het gelaat een zwelling die niet duidelijk werd begrensd door anatomische structuren in dit gebied. Door een kno-arts werd met behulp van echografie en computertomografie de diagnose acute sialoadenitis van de glandula parotidea gesteld. Een behandeling met antibiotica werd gestart, waarop de zwelling snel verdween.

Nes JGH van, Jong SC de, Vissink A. Acute sialoadenitis van de glandula parotidea
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 116-118

Dit artikel is een bewerkte versie van een artikel dat is gepubliceerd in het Ned Tijdschr Geneeskd 2005; 149: 877. Het Ned Tijdschr Geneeskd is akkoord gegaan met deze dubbelpublicatie.

Gegeven

Een 88-jarige vrouw met insulineafhankelijke diabetes mellitus en perifeer arterieel vaatlijden werd opgenomen op de afdeling Vaatchirurgie van een universitair medisch centrum in verband met een ischemische linkervoet. Na inventarisatie van het arteriële systeem bleken geen vasculaire reconstructies mogelijk te zijn en volgde een onderbeenamputatie. Gedurende het verblijf ontwikkelde zij, na een val, plotseling een snel toenemende diffuse zwelling van de rechterzijde van het gelaat. Aanvankelijk leek de afwijking zich te beperken tot het gebied van de glandula parotidea, maar al snel was een groter gebied gezwollen. Patiënte had hierbij geen dyspneu en aanvankelijk waren geen tekenen van ontsteking waarneembaar.

Onderzoek en diagnose

Een echografie van het hoofd-halsgebied toonde een structuur met wisselende densiteiten die niet goed afgrensbaar was van de omgeving. Als voorlopige diagnose werd in eerste instantie gedacht aan een hematoom omdat patiënte ter remming van de trombocytenaggregatie acetylsalicylzuur gebruikte en de avond ervoor was gevallen op het gelaat. In de loop van de nacht nam de zwelling fors toe en besloeg inmiddels vrijwel de gehele rechter gelaatshelft (afb. 1). Daarnaast werd de zwelling pijnlijker, roder en warmer. De patiënte werd zieker en kreeg koorts en slikklachten. Uit de rechter glandula parotidea kon, mogelijk vanwege de pijn bij aanraking, geen speekselvloed worden opgewekt. Vanwege de toenemende klachten werd een kno-arts in consult gevraagd. De kno-arts liet computertomografisch onderzoek

(CT) van het hoofd-halsgebied verrichten. De CT-scan toonde aan de rechterzijde van het gelaat een diffuse zwelling van het subcutane weefsel, enkele vergrote lymfeklieren en vergroting van de glandula parotidea (afb. 2). Aan de linkerzijde waren geen afwijkingen zichtbaar. Gezien de snelle ontwikkeling van de zwelling paste het beeld het beste bij een acute sialoadenitis van de glandula parotidea, gepaard met diffuse infiltratieve veranderingen in de omgeving en het subcutane vet.

Behandeling

In overleg met de geconsulteerde kno-arts werd, mede gezien de matige conditie van de patiënte, besloten tot een conservatief beleid: toediening van 4 maal per dag 750 mg cefuroxim en 3 maal per dag 600 mg clindamycine. Vanwege de pijnlijkheid van de zwelling werd afgezien van ondersteuning van deze behandeling met leegmasseren en zuurstimuleren van de aangedane speekselklier. De patiënte herstelde voorspoedig met een normalisering van de temperatuur en een snelle reductie van de zwelling binnen enkele dagen (afb. 3). Uit de speekselklier kwam na zuurstimulatie weer een normale afvloed van helder speeksel.

Beschouwing

In het verleden, voor het tijdperk van de vaccinaties tegen bof, mazelen en rode hond (BMR), werd een acute parotitis vooral gezien in het kader van parotitis epidemica (bof). Andere oorzaken van een acute parotitis zijn een acute exacerbatie van een chronisch recidiverende parotitis, een acute exacerbatie van een



Afb. 1. Zwelling en roodheid van de rechterhelft van het gelaat.

chronische sialolithiasis, een primaire acute bacteriële parotitis en een acute postoperatieve parotitis. Acute bacteriële parotitis en postoperatieve parotitis worden vooral gezien bij mensen met een verminderde weerstand. Bekende veroorzakers van een bacteriële parotitis zijn onder andere *Staphylococcus aureus* en streptokokkengroep A. De acute exacerbatie van de chronische vorm wordt vooral gezien bij patiënten met auto-immuunziekten of een status na radiotherapie in het hoofd-halsgebied (Fox en Speight, 1996; Stegenga et al, 2000; Vissink et al, 2003; Van Nieuw Amerongen et al, 2004; Mignogna et al, 2005). Bij deze patiënte is waarschijnlijk sprake van postoperatieve parotitis of van primaire acute bacteriële parotitis. Het ontstaan van dergelijke infecties wordt bevorderd door factoren als een immunogecompromiteerde toestand en lokale predisponerende factoren als een verminderde secretie van de speekselklieren. Beide typen factoren waren bij deze patiënte met een slecht geregleerde diabetes aanwezig.

Een acute ontsteking van de glandula parotidea wordt gekenmerkt door een gladde, gespannen, elastische zwelling voor en onder het oor. In ernstige gevallen kan de huid glanzend gespannen en hyperemisch zijn en heeft de patiënt veel pijn, zoals ook bij deze patiënte. In de mond kan het oroficium van de ductus Stenoni rood en gezwollen zijn. Soms, vooral in geval van bacteriële infecties, is pus uit de ductus te masseren. Meestal lukt dit niet omdat het te pijnlijk is en maakt de klier een droge indruk. In geval van virale infecties als de bof is de klier meestal droog. Bij bacteriële infecties is meestal, als de pijnlijke afwijking dit toelaat, nog wel enige speeksel- en/of pusafvloed op te wekken. Bij de patiënte uit deze casus kon vanwege de pijnlijke afwijking in het acute stadium helaas geen speeksel worden opgewekt. Als wel speeksel kan worden verkregen kan het, zeker bij patiënten die ernstig ziek zijn, zinvol zijn het verkregen speeksel microbiologische te onderzoeken. Een eventueel gestarte antibiotische behandeling kan dan, zonedig, gericht worden bijgesteld.

De behandeling van acute sialoadenitis van de glandula parotidea is gewoonlijk in eerste instantie expectatief. In geval van een virale genese is zelden aanvullende behandeling noodzakelijk. In geval van een bacteriële genese kan men trachten de afvloed van speeksel en eventueel pus te bevorderen door een zuur dieet en



Afb. 2. CT-sneede van de hals ter hoogte van de glandula parotidea met contrast. De vergrote glandula is duidelijk zichtbaar. Hierbij ook de bijkomende karakteristieken: slecht afgrensbbaar van de glandula parotidea, de centrale ductus kleurt aan met gedilateerde lobuli en zwelling van de musculus masseter.



Afb. 3. Enkele dagen na het starten van de behandeling met antibiotica is een duidelijke afname van de zwelling en de roodheid zichtbaar.

massage van de speekselklier in de richting van het oroficium, mits dit niet te pijnlijk is. Antibiotica zijn gewoonlijk niet geïndiceerd, tenzij men te maken heeft met een ernstig zieke of gecompromiteerde patiënt, zoals de patiënte uit deze casus.

Literatuur

- Fox PC, Speight PM. Current concepts of autoimmune exocrinopathy: immunologic mechanisms in the salivary pathology of Sjögren's syndrome. *Crit Rev Oral Biol Med* 1996; 7: 144-158.
- Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L, Lo Muzio L, Wolff A. Sjogren's syndrome: the diagnostic potential of early oral manifestations preceding hyposalivation/xerostomia. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 1-6.
- Nieuw Amerongen A van, Veerman ECI, Vissink A. Speeksel, speekselklieren en mondgezondheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de. Mondziekten en kaakchirurgie. Assen: van Gorcum, 2000.
- Vissink A, Jansma J, Spijkervet FKL, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 199-212.

Summary

Acute sialoadenitis of the parotid gland

An 88-year-old diabetic woman was hospitalized because of a peripheral vascular disorder. During her hospitalization she developed a right-sided facial swelling which was not limited by anatomical structures in this area. Ultrasound and computed tomographic scanning supported the clinical diagnosis acute sialoadenitis of the parotid gland. The swelling resolved shortly after starting antibiotic therapy.

Bron

Uit ¹de afdeling Heelkunde van het Leids Universitair Medisch Centrum en ²de afdeling Vaatchirurgie van het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam en ³de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 12 januari 2006

Adres: mw. dr. S.C. de Jong, Erasmus MC, postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

s.c.dejong@erasmusmc.nl

Dankwoord

H.L.J. Tanghe, radioloog, wordt bedankt voor het verslag van de CT-scans en het beschikbaar stellen van enkele afbeeldingen hiervan.