

Nadir Bir Parotis Kitlesi: Parotis Tüberkülozu

A RARE PAROTID MASS: TUBERCULOSIS OF THE PAROTID GLAND

Ahmet TERZİOĞLU*, Nedim SARIFAKIOĞLU*, Ferruh BİNGÜL*, Gürcan ASLAN*

*Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Plastik ve Rekonstr. Cerrahi Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı parotiste primer bir tüberküloz olgusunu sunmaktır.

Olgu Sunumu: 58 yaşındaki bayan hastanın yapılan muayenesinde, kitlenin 10 x 8 cm boyutlarında olduğu ve sağ parotis bölgesinde yerleşim gösterdiği saptandı. Hastaya yüzeysel parotidektomi yapıldı.

Bulgular: Postoperatif dönemde, hastada herhangi bir komplikasyon görülmedi. Histopatolojik tanı, parotiste tüberküloz olarak rapor edildi.

Sonuç: Parotis bezinin tüberkülozuna nadir rastlanır. Yavaş büyüyen bu kitlelerin parotisin diğer malignitelerinden klinikte ayırt edilmeleri zordur. Bu problem, tüberkülozun lokal veya sistemik semptom ve bulgularının olmayışı ile daha da güç hale gelir. Siyalografi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme teknikleri spesifik olmayıp, tanı genellikle cerrahi girişim sonrasında konur.

Anahtar Kelimeler: Parotis bezi, Tüberküloz

T Klin Tıp Bilimleri 2003, 23:156-158

Summary

Purpose: The purpose of this paper is to present a primary tuberculosis of the parotid gland.

Case Report: On examination of a 58-year-old woman, a 10x8 cm sized mass located in the right parotid area was found. The patient was treated with superficial parotidectomy.

Results: In the postoperative period, the patient did not show any complication. Histopathological diagnosis was reported to be tuberculosis of the parotid gland.

Conclusion: Primary tuberculosis of the parotid gland is rare. It is a challenge to clinically distinguish these slow growing masses from other malign masses of the parotid gland. The problem is further compounded by the lack of local or systemic signs and symptoms of tuberculosis. Imaging studies such as sialography, ultrasonography or computerized tomography may be non-specific and diagnosis is usually made after surgical intervention.

Key Words: Parotid gland, Tuberculosis

T Klin J Med Sci 2003, 23:156-158

Parotis bezi tüberkülozuna, hastalığın endemik olarak görüldüğü bölgelerde bile nadir rastlanır. Literatürde 69'u İngilizce olmak üzere toplam 300' den az olgu bildirilmiştir (1,2).

Parotisin kabakulak, Echo veya Coxsackie A virüs ile stafilocokkal diffüz enfeksiyonlarına özellikle yaşlı ve düşkün hastalarda sık rastlanır. "Mycobacterium tuberculosis" ile olan enfeksiyonları ise oldukça nadirdir. Parotis tüberkülozunda, bakterinin intrakapsüler veya periglandüler lenf nodlarına yerleşim gösterdiği formuna daha sık rastlanılmaktadır. Tüm glandı saran parankimatöz tüberküloz olguları daha nadir görülmektedir (3). Etken patojen, pastörizasyon yönteminin kullanılmaya başlanmasından önce "Mycobacterium bovis" iken günümüzde Mycobacterium tuberculosis' dir (4).

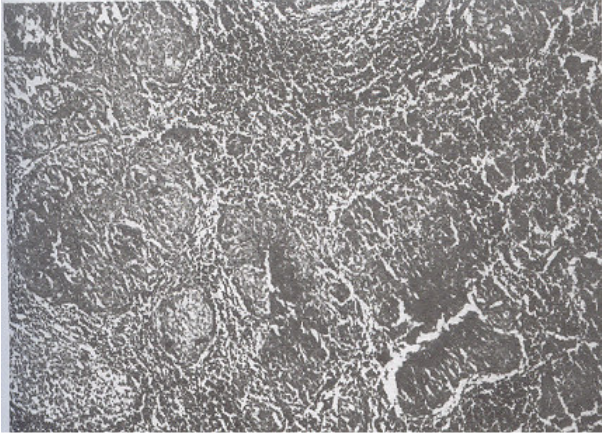
Parotis bölgesinde tek taraflı ve yavaş büyüyen bir kitleli olan ancak klinik ve radyolojik olarak diğer parotis kitlelerinden ayırıcı tanısı yapılamayan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

58 yaşındaki bayan hasta kliniğimize, son 1 yıl içinde giderek büyüyen sağ kulak önünde bir şişlik yakınması ile geldi. Hikayesinden şişliğin son 4 aydır hızlanarak büyümeye başladığı, ancak ağrı, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmalarının olmadığı öğrenildi. Lokal muayenede; kitlenin 10x8 cm. boyutlarında ve sağ parotis bölgesinde yerleşim gösterdiği; diffüz, yarı hareketli, düzgün yüzeyli, olduğu belirlendi. Kitle üstünde cilt sağlıklı olup, kitlede sıcaklık artımı ve ciltte ilave bir eritem bulunmuyordu. Fasiyal sinir tutulumu veya kas güçsüzlüğü yoktu. Öksürük ve solunum problemi olmayan hastada iştahın da normal olduğu öğrenildi. Boyun, ağız ve farinks muayenesi normaldi. Kan analizinde beyaz küresi $4.400 \times 10^3/l$ ve lenfosit sayısı $1.19 \times 10^3/l$ olup PA ve yan göğüs filmlerinde bir patolojiye rastlanmadı. Preoperatif dönemde ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tetkikleri yapıldı. Ultrasonografi sonucuna göre kitlenin solid yapıda olduğu, tomografide ise yerleşimi ve çevre dokularla olan



Şekil 1. Sağ parotis bölgesinde yerleşim gösteren, yavaş büyüyen ve ağrısız karakterdeki kitlenin, bilgisayarlı tomografi ile çekilmiş görünümü (1 ve 2 ile işaretli alan).



Şekil 2. Histopatolojik kesitte görülen kazeifikasyon nekrozu ve granülomlar, parotis tüberkülozunu işaret etmekte (H.E.x 50).

ilişkisi saptandı. Elde edilen veriler sonucunda ön tanı olarak bu kitlenin büyük bir pleomorfik adenoma veya malign bir kitle olabileceği düşünüldü (Şekil 1). Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Cerrahi eksplorasyonda, kitlenin kapsülsüz, yüzeysel yerleşimli olduğu, fasiyal sinir ve derin lobu tutmadığı ancak yaygın bir infiltrasyon yaptığı gözlemlendi. Fasiyal sinir korunarak superfisiyal parotidektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede, kazeöz nekrozla giden epiteloit granülomların eşlik ettiği Langerhans dev hücrelerinin görüldüğü (Şekil 2), bunun da parotis tüberkülozunu düşündürdüğü bildirildi. Hasta daha sonra ileri tetkik ve tedavi amacıyla Göğüs Hastalıkları Hastanesine gönderildi. Burada yapılan tetkikler sonucunda primeri bulunamayan

tüberküloz tanısı konulmuş ve hasta tedaviye alınmıştır. Hasta halen kombine antitüberküloz kemoterapisi altında olup, ailesi de rutin taramadan geçirilmektedir.

Tartışma

Parotiste tüberküloz tanısı; ilk kez 1894'de von Stubenrauch ile 1896'da De Paoli tarafından konulmuştur (1). Oldukça nadir görülen parotis tüberkülozu olgularında eşlik eden ikincil tüberküloz semptom ve bulguları yoksa, klinik verilere dayanarak tanı koymak zordur. Klinik olarak parotis tüberkülozunda kitle, yavaş büyüyen karakterde olup klinik süreç 2-6 ayda tamamlanmaktadır. Ancak literatürde bir olguda bu sürecin 10 yılı aşkın sürede tamamlandığı bildirilmiştir (1). Pastörizasyon teknikleri kullanılmadan önce "Mycobacterium bovis" ile gastrointestinal sisteme yerleşen bakterinin, lenfojen veya hematogen yolla parotise ulaştığı ve hastalığı oluşturduğu düşünülmekte idi (1). Günümüzde 1-3 yaşları arasındaki hastalarda Mycobacterium tuberculosis dışındaki Mycobacterium türleri ile görülen enfeksiyonlar daha sıktır. Yaşlı ve düşkünlerde ise parotitisin olağan ve doğal enfeksiyöz etkenlerinden birinin nadir de olsa Mycobacterium tuberculosis olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Ayrıca parotis neoplazmları da tüberküloza benzer bir klinik gösterdiği için kolaylıkla karıştırılabilir. Malignite nedeniyle operasyon esnasında fasiyal sinirin dallarının da rezeksiyonu gerekebileceğinden mümkün olduğunca cerrahi öncesi kesin tanının konulması gerekmektedir (5). Tüberküloz parotitisinin 2 patolojik formu vardır. Birinci formda genellikle intraglandüler veya periglandüler tutulum görülür. Bu durum klinikte en sık görülen formdur. Diğer formda ise nodal bir enfeksiyona sekonder olarak parankimatöz tutulum gelişmekte ve tüm gland diffüz olarak tutulmaktadır (3). Olgumuzda tutulumun yüzeysel yani birinci formda olduğu gözlemlendi. Ancak kitlenin geniş yer kaplaması ve tanı amacıyla yüzeysel parotidektomi yapıldı. Hastaya teknik yetersizlikler nedeniyle operasyon esnasında frozen çalışma uygulanamadı.

Akciğerdeki primer mikobakterial enfeksiyonla eşzamanlı, diğer bir organda da tüberküloza rastlanabilir. Parotis bezinin sekonder tutulduğu, olgumuzdaki gibi primeri olmayan veya bulunamayan olgularda ise tanı koymak gerçekten büyük bir problemdir. Siyalografi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme teknikleri non-spesifik olup, tanı genellikle operasyon sonrası histopatolojik analizle konur. Buna rağmen literatürde Bhargava ve arkadaşları; yüksek kontrastlı tomografi (CECT) ile preoperatif dönemde parotiste tüberküloz tanısının desteklenebileceğini belirtmişlerdir (6). Operasyon öncesi tanı koymada en önemli yöntemlerden birinin "ince iğne aspirasyon biyopsi" tekniği olduğu Handa ve arkadaşları tarafından savunulmuştur (7).

Handa çalışmasında ince iğne aspirasyon biyopsi tekniğiyle tanı koydukları ve tedavilerini medikal tamamladıkları 4 olgu bildirmişlerdir. Franzen ve arkadaşları doğru tanının cerrahiden önce konulabildiği vakalarda cerrahiden kaçınarak, antitüberküloz tedavinin verilmesi gerektiğini rapor etmişlerdir (8). Olgumuzda; kitlenin çok hızlı büyümesi ve hastada, tüberküloza eşlik eden klasik semptom ve bulgulara rastlamadığımızdan ayrıca parotis kitlelerinde ince iğne aspirasyon biyopsi tekniğinin yanlış sonuç verme oranının yüksek olduğunu bildiğimizden bu yöntemi uygulamadık. Uygulanan cerrahi girişim sonrasında medikal tedavisini almak üzere hasta Göğüs Hastalıkları Hastanesine gönderilmiş, bu süre içinde herhangi bir cerrahi komplikasyonla karşılaşmamıştır.

Parotiste tek taraflı, düzgün sınırlı ve yavaş büyüyen kitlelerde, yapılan ultrasonografik ve tomografik incelemeler cerrahi girişim öncesi planlamada yardımcı olmaktadır. İnce iğne aspirasyon tekniğinin %20'den yüksek bir oranda yanlış sonuç verebildiği ve teknik beceri gerektirmesi nedeni ile çoğu klinikte rutin olarak kullanılmamaktadır (9). Dandabat ve arkadaşları 1990'da yaptığı bir çalışmada, ince iğne aspirasyon biyopsisinin parotis kitlelerinin ayırıcı tanısında sensitivitesinin %80, spesifitesinin ise %93 olduğunu bildirmiş, kesin tanının histopatolojik analizle konulabileceğini belirtmişlerdir (10). Tanı amaçlı biyopsi, genellikle insizyonel, punch veya eksizyonel olarak uygulanmaktadır.

Olgumuzda da olduğu gibi parotiste kitle cerrahisinden önce gereksiz cerrahi girişimlere neden olmamak için, kesin tanı amacıyla ince iğne aspirasyon biyopsi tekniğinin de tanı seçenekleri içerisinde

değerlendirilmesi gerektiğini, parotiste nadir görülmesine karşın parotis tüberkülozu tanısının da akıldan çıkarılmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Chatterjee A, Varman M, Quinlan TW. Parotid abscess caused by Mycobacterium tuberculosis. The Pediatric Infectious Disease Journal 2001; 20(9): 912-4.
2. Mert A, Ozaras R, Bilir M ve ark. Primary tuberculosis of the parotid gland. Int J Infect Dis 2000; 4(4):229-30.
3. Bhat NA, Stansbie JM. Tuberculosis parotitis: case report. The Journal of Laryngology and Otology 1996; 110: 976.
4. Süoğlu Y, Erdamar B, Çölhan İ. ve ark. Tuberculosis of the parotid gland. J Laryngol Otol 1998; 112: 588.
5. Singh B, Maharaj TJ. Tuberculosis of the parotid gland: clinically indistinguishable from a neoplasm. J Laryngol Otol 1992; 106(10):929-31.
6. Bhargava S, Watmough DJ, Chisti FA ve ark. Case report: tuberculosis of the parotid gland--diagnosis by CT. Br J Radiol 1996; 69(828):1181-3.
7. Handa U, Kumar S, Punia RS. ve ark. Tuberculosis parotitis: a series of five cases diagnosed on fine needle aspiration cytology. The Journal of Laryngology and Otology 2001; 115: 235.
8. Franzen A, Franzen CK, Koegel K. Tuberculosis of the parotid gland: a rare differential diagnosis of parotid tumor. Laryngorhinootologie 1997; 76(5):308-11.
9. Yılmaz A, Akkaya E, Baran R. İğne aspirasyonu. Tüberküloz ve Toraks. 2002; 50(2): 295-300.
10. Dandabat MC, Misha BM, Dash SB. ve ark. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. British Journal of Surgery 1990; 77: 911.

Geliş Tarihi: 22.07.2002

Yazışma Adresi: Dr.Gürcan ASLAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
II. Plastik ve Rekonstr. Cerrahi Kliniği
Cebeci, ANKARA