

Primer Parotis Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Primary Parotid Tuberculosis: A Case Report

Özet

Primer tüberküloz enfeksiyonu en sık akciğerler, kemik, meninks ve lenf nodu tutulumu ile karşımıza çıkar. Nadir olmakla birlikte primer parotis tüberkülozu parotis kitlesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanısı ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konulabilir. Tanı konulamayan vakalarda parotidektomi sonrası patolojik piyesin incelenmesi ile "kazeifikasyon nekrozu ve granülatöz iltihap" görülmesi primer parotis tüberkülozunu düşündürmektedir. Bu yazıda sağ primer parotis tüberküloz enfeksiyonu olan bir olgu literatür verileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: parotis bezi; tüberküloz; neoplazi

Abstract

Primary tuberculosis infection mostly involve the lungs, bones, meninx and lymph nodes. The diagnosis can be made by fine-needle aspiration biopsy. The "caseification necrosis and granulomatous inflammation" revealed by the histopathological examination of the specimen following the parotidectomy indicates primary parotid gland tuberculosis in the cases in which the diagnosis cannot be made by fine-needle aspiration biopsy. In this article, we discuss a case with primary tuberculosis infection in the right parotid gland in the light of the relevant literature.

Key Words: parotid gland; tuberculosis; neoplasia

Yusuf Muhammed Durna¹,
Mahmut Noberi¹, Özgür Yiğit¹,
Kemal Behzatoğlu²

¹ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

² İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Geliş Tarihi /Received : 25.11.2015
Kabul Tarihi /Accepted: 03.12.2015

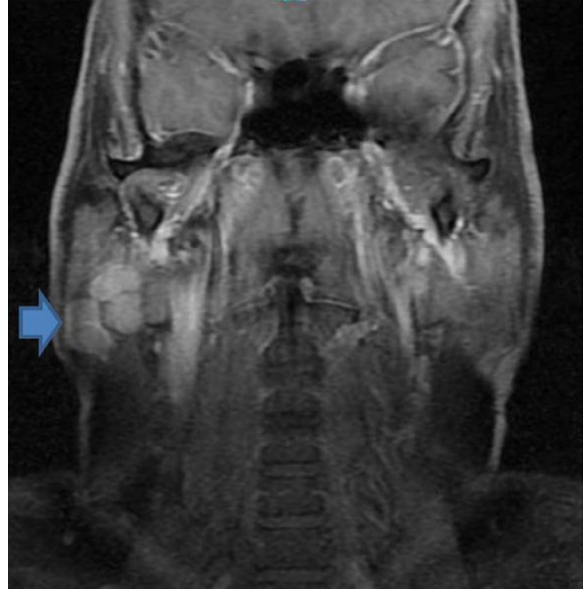
Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Yusuf Muhammed Durna
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Org. Abdurrahman Nafiz Gurman Cad.
17 PK. 34098 Fatih-İstanbul Türkiye
E-mail: yusufmdkbb@gmail.com

GİRİŞ

Parotis kitleleri içinde nadir de olsa primer parotis tüberkülozu ile karşılaşmaktayız. Parenkimatöz tüberküloz nadir görülmekle birlikte perikapsüler lenf nodlarının tutulumu daha sıktır (1). Tükrük bezi tüberkülozu olgularının %75'i parotiste, %25'i ise submandibular bezde görülmektedir (2). Tüberküloz parotis olgularında günümüzde en sık etken *Mycobacterium tuberculosis*'tir (3). Biz bu yazıda dört yıl içerisinde yavaş büyüyen, sağ parotis kitlesi ile başvuran olgumuzu literatür verileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşında erkek hasta, yaklaşık 4 yıl önce sağ kulak altında fındık büyüklüğünde fark ettiği şişlik nedeniyle başvurduğu merkezde medikal tedavi almış. Kontrollerine gitmeyen hasta, 6 ay önce şişlikte artma olması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sağ mandibula açısı hizasında yaklaşık 3x2 cm boyutunda, palpasyonla orta sertlikte, ağrısız mobil kitle saptandı. Gece terlemesi, halsizlik, ateş şikayetleri olmayan hastanın çekilen manyetik rezonans görüntülerinde (MR), koronal kesitlerde sağ parotis gland kaudal komşuluğunda büyüklükleri 17 mm olan çok sayıda sferik görünümde yağlı hilusları kaybolmuş lenfadenomegaliler izlendi (Şekil 1). Kliniğimizde yapılan görüntüleme eşliğindeki ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunun "granülom benzeri yapılar ve monoton görümlü küçük lenfoid hücreler" olarak raporlanması sonrası hastada tüberküloz veya tularemi olabileceği düşünülerek PPD testi, balgam kültürü, QuantiFERON testi ve tularemi serolojisi istendi. Negatif gelen testler sonrası cerrahi kararı verildi. Hastaya, genel anestezi altında sağ modifiye Blair insizyonu ile parsiyel süperfisyal parotidektomi yapıldı. Patoloji sonucu "lenf nodlarında nekrotizan granülomatöz lenfadenit ve parotis dokusunda nekrotizan granülomatöz parotit" olarak raporlandı (Şekil 2, 3, 4). Patoloji piyesinde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile tüberküloz tanısı desteklendi. Hastanın öyküsünde 17 yaşında iken, aynı evde yaşayan dedesinin akciğer tüberkülozu nedeniyle medikal tedavi aldığı belirlendi. Enfeksiyon ve göğüs hastalıkları kliniği ile konsülte edilerek, hastada izoniazit, rifampisin, etambutol ve pirazinamid tedavisine başlandı. Tedavisi son-

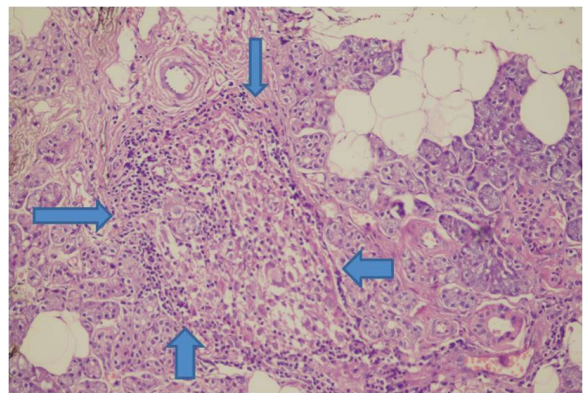


Şekil 1. Kontrastlı boyun MR koronal kesitlerde, sağ parotis kuyruğu yerleşimli, büyüklükleri 17 mm olan, çok sayıda sferik, yağlı hilusları kaybolmuş lenfadenomegaliler gözlenmektedir (ok).

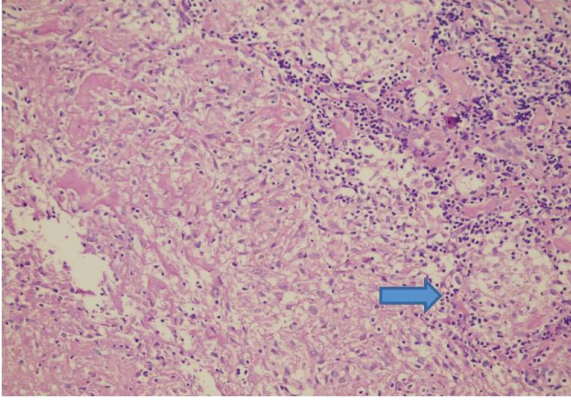
rası kontrol testlerinde özellik saptanmayan hastanın postoperatif 2. yıl takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Parotis bezi kitlelerinin %2-10'unu tüberküloz oluşturmaktadır. Tüberküloz enfeksiyonu tükrük bezlerinde en sık parotis bezinde parotis bezi içi lenf nodlarının tutulumu ile ortaya çıkmaktadır. Parotis bezi tutulumu oral kaviteden Stenon kanalı yolu ile olabileceği gibi, primer akciğer tüberkülozundan hematojen veya lenfojen yolla da olabilir (4-5). Hastanın preoperatif çekilen akciğer grafisinde aktif tüberküloz odağı ve tüberküloz sekeli gözlenmedi.



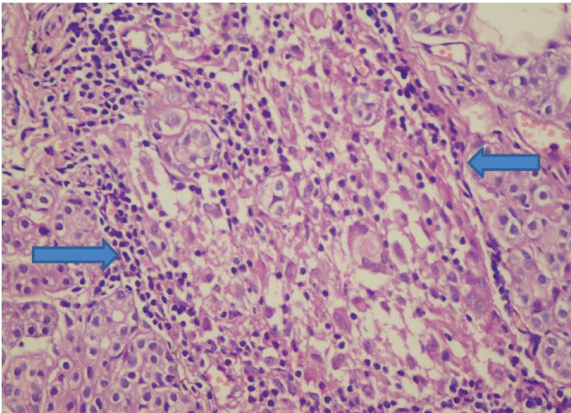
Şekil 2. Parotis bezi asinüsleri arasında dev hücreler içeren granülom yapısı (ok) (Hematoksilen ve eozin boyama x200).



Şekil 4: Ortası nekrotik büyük bir granulom yapısı (ok) (Hematoxylin ve eozin boyama x200).

Tüberküloz primer olarak en sık akciğerleri tutar, ayrıca kemik, meninks, böbrek ve lenf nodu tutulumu ile de karşımıza çıkabilir. Primer parotis tüberkülozunda özgün semptom ve bulguların nadir olması nedeniyle parotis neoplazmlarından ayırıcı tanısı zordur (6,7). Genellikle yavaş büyüyen ağrısız parotis kitlesi şeklinde görülür. Bizim olgumuzda semptomların olmayışı ve yavaş progresyon göstermesi literatür verileri ile uyumludur (4-7).

Primer parotis tüberkülozunda ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, MR görüntüleme teknikleri yetersizdir. Tanı genellikle postoperatif patolojik piyesin histopatolojik olarak incelenmesi ve PCR ile konur. Preoperatif yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda önemli olduğunu belirten veriler mevcuttur (7-9). Olgumuzda görüntüleme eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi raporunda belirtilen “granülom benzeri alanlar” tanısız olarak yeterli



Şekil 3. Parotis bezi asinüsleri yapıları arasında granulom yapısı (ok) (Hematoxylin ve eozin boyama x300).

olmadığı için genel anestezi altında sağ parsiyel süperfişyal parotidektomi uygulandı. Dandabat ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada parotis bezi kitlelerinin ayırıcı tanısında kesin tanının eksizyonel biyopsi ile konulabileceği belirtilmiştir (10). Olgumuzda PPD testi negatifliği ve tüberküloz basilinin mikroskopik olarak gösterilememesi nedeniyle PCR ile parotis tüberkülozu tanısı desteklenmiştir. Tüberküloz enfeksiyonlarının endemik olduğu ve BCG aşısının rutin uygulandığı bölgelerde PPD testinin negatif olabileceği bildirilmiştir (11). Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tüberküloz enfeksiyonlarının tanısında PCR kullanımını önermektedir. Özgüllük ve duyarlılığının %90'ın üzerinde olması ve kısa sürede sonuç elde edilmesi nedeniyle tüberküloz enfeksiyonunun tanısında önemli avantajları olduğu bildirilmiştir (12).

Parotis tüberkülozu olgularında altı aylık antitüberküloz tedavisinin etkili olduğu bildirilmiştir (9). Literatürde tedavinin şekline hastalığın ne kadar yayıldığına göre karar verilmesi gerektiğini belirten veriler de mevcuttur (13). Bu çalışmada bildirdiğimiz hastaya, primer parotis tüberkülozu tanısıyla altı aylık ilave medikal tedavi uygulandı. Hastanın tedavi sonrası iki yıllık takibi hastaliksız olarak devam etmektedir.

SONUÇ

Yavaş progresyon gösteren parotis bezi kitlelerinin ayırıcı tanısında, özellikle geçirilmiş tüberküloz enfeksiyonu veya aktif akciğer tüberkülozlu olgularla yakın temas öyküsü varlığında parotis tüberkülozu da düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sethi A, Sareen D, Sabherwal A, Malhotra V. Primary parotid tuberculosis: varied clinical presentations. *Oral Dis.* 2006;12(2):213-15.
2. Yalcın Ş, Celik O, Celik P, Yanık H, İnan E, Ağaoglu A. Tuberculosis of the parotid gland. *Turk J Med Sci.* 1995;23:313-16.
3. Süoğlu Y, Erdamar B, Çölhan İ, et al. Tuberculosis of the parotid gland. *J Laryngol Otol.* 1998;112(6):588-91.
4. Ozcan C, Apa DD, Aslan G, Gülhan S, Görür K. Mycobacterium tuberculosis infection within parotid gland Warthin tumor. *J Craniofac Surg.* 2008;19(6):1561-65.
5. Oktay MF, Aşkar I, Yildirim M, Topçu I, Meriç F. Tuberculous parotitis: a review of seven cases. *Kulak Burun*

- Bogaz Ihtis Derg. 2007;17(5):272-77.
6. Handa U, Kumar S, Punia RS, Mohan B, Abrol R, Saini V. Tuberculous parotitis: a series of five cases diagnosed on fine needle aspiration cytology. *J Laryngol Otol.* 2001;115(3):235-37.
 7. Dangore-Khasbage S, Bhowate RR, Degwekar SS, Bhake AS, Lohe VK. Tuberculosis of parotid gland: a rare clinical entity. *Pediatr Dent.* 2015;37(1):70-74.
 8. Bhargava S, Watmough DJ, Chisti FA, et al. Case report: tuberculosis of the parotid gland--diagnosis by CT. *Br J Radiol.* 1996;69(828):1181-83.
 9. Thakur J, Thakur A, Mohindroo N, Mohindroo S, Sharma D. Bilateral parotid tuberculosis. *J Glob Infect Dis.* 2011;3(3):296-99.
 10. Dandabat MC, Misha BM, Dash SB. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. *Br J Surg.* 1990;77(8):911-12.
 11. Biraro IA, Egesa M, Kimuda S, Smith SG, Toulza F, Levin J, et al. Effect of isoniazid preventive therapy on immune responses to mycobacterium tuberculosis: an open label randomised, controlled, exploratory study. *BMC Infect Dis.* 2015;15:438.
 12. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, Nicol MP, Shenai S, Krapp F, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *N Engl J Med.* 2010;363:1005-15.
 13. Touiheme N, Kettani M, Messary A. Primary tuberculosis of the parotid gland: report of two cases. *Pan Afr Med J.* 2014;18:237.