

■ Olgu Sunumu

Parotis bezi tüberkülozu olgusu

A case with tuberculosis of parotid gland

Yeliz Dadalı ^{1*} , Aynur Turan ² , Şerife Nilgün Kalaç ³, Ayla Tezer ⁴

¹ Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

² Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, Radyoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

³ Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Özel Ortadoğu Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ankara, Türkiye

⁴ Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

* Sorumlu Yazar: Yeliz Dadalı E-posta: yelizdadali@gmail.com ORCID: 0000-0002-9277-5078

** Türk Manyetik Rezonans Derneğinin 18. Yıllık Sempozyumunda (Mayıs 2013) poster olarak sunulmuştur.

Gönderim: 16 Ocak 2018 Kabul: 1 Nisan 2018

ÖZ

Parotis bezinin tüberkülozu oldukça nadir olup genellikle yavaş seyirlidir. Parotisin diğer kitlelerinden ayırt edilmeleri zor olup, klinik bulgular nonspesifiktir. Görüntüleme bulguları da spesifik olmayıp, tanı genellikle histopatolojik değerlendirme sonrasında konur. Bu makalede, sağ parotis bezi lojunda kitle ile başvuran 72 yaşındaki bayan hastayı sunduk. Bu şişlik 4 ay önce başlamış ve gittikçe büyümüştü. Muayenede sağ parotis bölgesinde yaklaşık 2 cm boyutlarında yarı hareketli kitle saptandı. Balgamda aside dirençli basil negatifti. Laboratuvar bulguları ve akciğer grafisi normaldi. Ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme parotis bezinde 2 cm boyutlarında heterojen kitle ve komşuluğunda lenf nodları tespit edildi. Parotis bezinden ve komşu lenfadenopatiden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Nonkazeifiye granülomlar görüldü, ancak basil üretilmedi. Antitüberküloz tedaviden fayda gören hasta parotis tüberkülozu olarak değerlendirildi.

Anahtar kelimeler: manyetik rezonans görüntüleme, parotis glandı, tüberküloz

ABSTRACT

The tuberculosis infection of the parotid gland is a rare condition and its progress is usually slow. The clinical findings of this entity are nonspecific and differential diagnosis from other parotid masses is challenging. The imaging findings are also nonspecific and the diagnosis is usually made by histo-pathological evaluation. Here we report a 72 years old female patient who applied to our clinic with a parotid mass lesion, which was located on her right neck and progressed within 4 months. In physical examination, a semi-mobile mass about 2 cm in size was detected on right parotid region. The sputum smears negative for acid-fast bacilli are detected. Laboratory findings and plain chest radiography were normal. 2 cm size heterogeneous mass in the parotid gland and adjacent lymphadenopathy were detected by magnetic resonance imaging and ultrasonography. Fine needle aspiration biopsy was done from parotid gland and adjacent lymphadenopathy. Non-caseous granulomas were seen, but no basil was produced. Antituberculosis therapy was given to the patient. The mass lesion showed regression by the treatment so we concluded the diagnosis of parotid gland tuberculosis.

Keywords: magnetic resonance imaging, parotid gland, tuberculosis

GİRİŞ

Parotis bezi tüberkülozu (PT), tüberküloz hastalığının endemik olduğu bölgelerde bile nadirdir [1,2]. Etken patojen, pastörizasyon yönteminin kullanılmaya başlanmasından önce "*Mycobacteriumbovis*" iken günümüzde "*Mycobacteriumtuberculosis*"dir [3]. Tüberküloz, parotis bezi ve lenf nodlarına iki yolla bulaşır. Bunlardan birincisi tonsil ve gingiva sulkuslarında bulunan bir odaktan mikobakteri enfeksiyonunun tükürük bezi kanalları ile beze ulaşması ve lenfatik drenaj yolu ile de komşu lenf nodlarına geçişidir. İkinci mekanizma ise akciğerdeki bir odaktan lenfatik ve hematojen yol ile geçiştir [4]. Parotis bezi tüberkülozu parotis kitlelerinin yaklaşık %2,5-10'unu oluşturur ve hem kadın hem de erkeklerde görülür, PT, genellikle tek taraflı lokalize solid kitle şeklinde görülür [5].

OLGU

72 yaşında kadın hasta, 4 ay önce başlayan, gittikçe büyüyen, yüzünün sağ tarafında ve boyunda şişlikle hastanemize başvurdu. Daha önce başvurduğu dış merkezlerde birçok kez değişik hekimlerce antibiyotik tedavisi verilmiş ancak hasta bunlardan fayda görmemişti. Hastanın özgeçmişinde tüberküloz öyküsü yoktu. Soy geçmişinde tüberkülozlu hasta ile temas ve tüberküloz predispozisyonu mevcut değildi.

Fizik muayenede TA: 130/80 mmHg idi. Solunum ve kalp sesleri doğaldı. Baş boyun muayenesinde sağ parotis bölgesinde yaklaşık 2x2 cm boyutlarında yarı hareketli kitle mevcuttu. Kitle üstündeki cilt dokusu normaldi. Sıcaklık artımı veya eritem saptanmadı. Boyun sağ yarısında ele gelen lenf nodları mevcuttu. BCG (BacillusCalmette-Guerin) skarı yoktu. PA akciğer grafisi normaldi. Üç kez gönderilen balgamda aside dirençli basil (ARB) negatif geldi. Kültürde

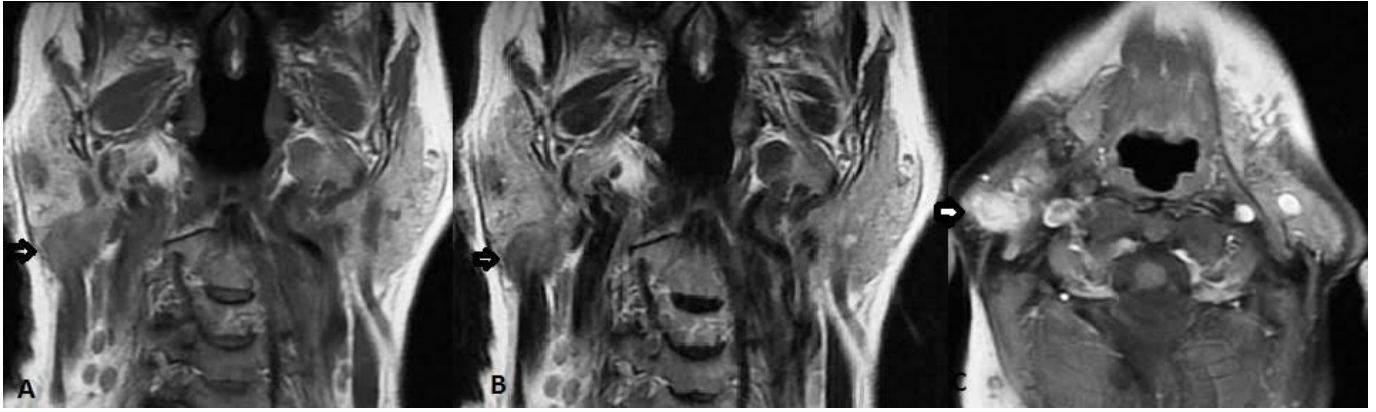
üreme olmadı. Tüberkülin deri testi (PPD) 25 mm idi. Laboratuvar sonuçları; lökosit:10100/L, hemoglobin:16,3 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 59 mm/saat ölçüldü. Rutin biyokimya testleri normaldi.

Ultrasonografide (US) sağ parotis bezi parankim yapısı heterojen ve bez içerisinde sınırları net ayırt edilemeyen hipoeoik alanlar izlendi. Ayrıca sağ servikal zincirde büyüğü 2x1,5 cm ölçülen kalın korteksi bulunan reaktif karakterde veya hipoeoik yapıda büyümüş lenf nodları ve lenfadenopatiler (LAP) mevcuttu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sağ parotis bezinde 2x2 cm boyutlarında düzensiz sınırlı, T1A'da hipointens, T2A'de hiperintens, kontrastlı serilerde heterojen kontrast tutan lezyon izlendi. Sağda servikal zincirde büyümüş lenf nodları mevcuttu (**Resim 1A-C**).

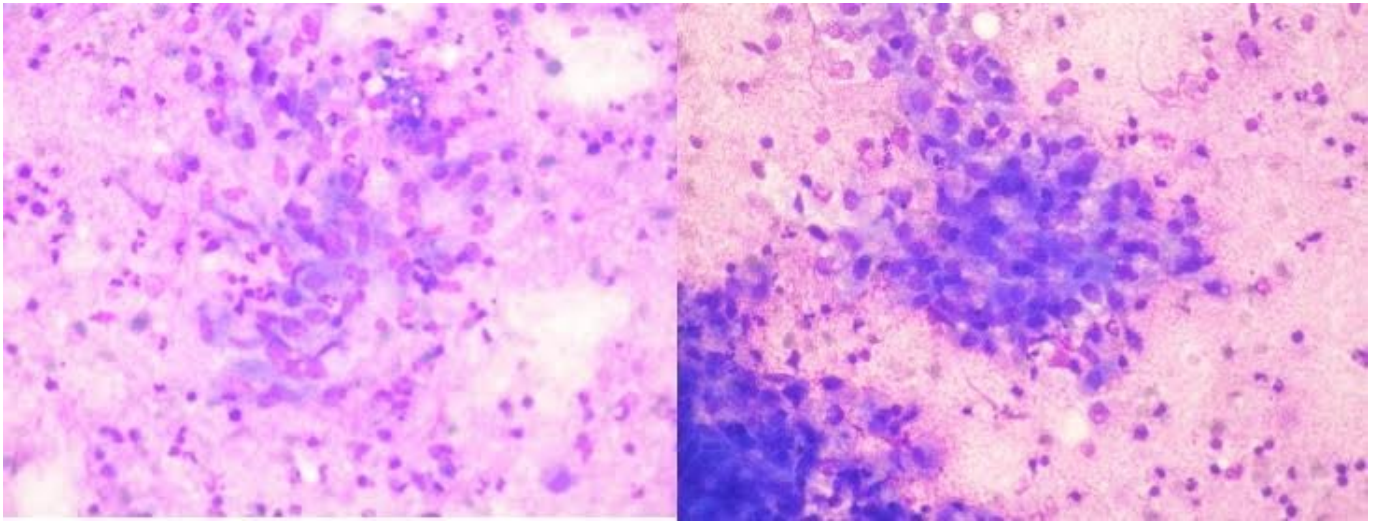
Hastaya malignite ön tanısı ile sağ parotis bezinden ve servikal bölgedeki komşu büyümüş lenf nodlarından ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı.

Patolojik olarak lenfoglandüler body'lerden ve lenfositlerden zengin zeminde içsi çekirdekli epitelioid histiosit topluluklarının bulunduğu nonkazeifiye granülomlar izlendi (**Resim 2A-B**). Biyopsi materyali preparatında ARB arandı. Ancak basil gösterilemedi ve kültürde basil üretilmedi.

Hastaya tam doz izoniazid, rifampin, pirazinamid ve etambutol (HRZE) ilaç tedavisi başlandı (INH 300 mg/gün, RFM 600 mg/gün, EMB 1500 mg/gün, PZA 2000 mg/gün). Tedavi sırasında yan etki gelişmedi ve ikinci ayın sonunda RFM ve INH ile hastanın tedavisi 9 aya tamamlandı. Tedavi sonrası çekilen boyun MRG' sinde lezyonlara belirgin gerileme bulguları saptandı. Bu da tüberküloz tanısının doğruluğunu destekler nitelikteydi.



Resim 1. Sağ parotis bezi düzeyinde A) Koronal plan T1 ağırlıklı görüntüde hipointens, B) Koronal plan T2 ağırlıklı görüntüde ara intensitede, C) Aksiyal plan post-kontrast yağ baskılı görüntüde belirgin kontrastlanma gösteren lezyon



Resim 2. MGG Boyası 40x10. Lenfoglandülerbody'lerden ve lenfositlerden zengin zeminde işçi çekirdekli epiteloid histiosit toplulukları

TARTIŞMA

PT, bez içinde veya çevresindeki lenf nodlarının tutulumu ile oluşan lokalize form şeklinde olabileceği gibi, enfeksiyonun lenf bezlerinden parotis içine yayılarak parankimatöz tutulum gösteren yaygın formu şeklinde olabilir [4,5]. Parankimatöz tipi oldukça nadirdir [5,6]. Literatürde 200 den az parotis bezi olgusu bildirilmiştir [7]. Bizim olgumuzda nadir görülen parankimatöz tutulum mevcuttu.

Parotis bezi tüberkülozu geçirilmiş tüberküloz öyküsü, sistemik belirtiler ve fasiyal paralizi genellikle yoktur. Akciğer grafisi genellikle normaldir [5]. Bizim olgumuzda da sistemik muayene, akciğer grafisi ve hematolojik değerler normal idi. Tek bulgu ağrısız yavaş büyüyen parotis lojunda ve boyunda şişlikti. Fasiyal paralizi yoktu.

Olguların yaklaşık %20'sinde PPD'nin negatif olması ve akciğer grafisinin %50'nin üzerinde normal olması bu vakalarda tanıyı daha da zorlaştırır. PPD'nin pozitif kabul edilmesi için BCG aşısı olanlarda 15 mm ve üzeri endürasyon kabul edilirken aşı olmayanlarda 10 mm ve üzeri pozitif

kabul edilmektedir [6,8]. Bizim olgumuzda hastanın BCG skarı yoktu. PPD 26 mm ölçüldü ve pozitif kabul edildi. Histopatolojik değerlendirmede klasik kazeifikasyon nekrozu dışında nonkazeifiye granümatöz iltihap enfeksiyonun erken dönemlerinde gözlenebilir. Literatürde nonkazeifiye enfeksiyon %29,6 olarak bulunmuş olup, bu materyalin kültüründen "*Mycobacterium tuberculosis*" %65 oranında izole edilebilirse de histopatolojik bulgusu olan hastada kültür negatifliği, tanıyı ekarte ettirmez denilmiştir [8]. Patolojik incelemede nonkazeifiye granümlar tespit edildi. Biyopsi materyali preparatında ARB negatif ve kültürde basil üretilmedi.

Nonkazeifiye granümların ayırıcı tanısında başta tüberküloz ve sarkoidoz olmakla birlikte MOTT, Klamidya, bakteriler, mantarlar, toksoplazma, kedi tırmığı hastalığı, brusella, sfiliz, beriliozis, lepra, lenfogranüloma inguinale düşünülmelidir [9]. Parotis bezinde kitle oluşturan nedenler arasında, benign ya da malign tümörler ve non-neoplastik hastalıklar (özellikle kronik sialadenit ve enfeksiyonlar) sayılabilir [10]. Malignite nedeniyle operasyona alınan olgularda fasiyal sinirin dallarının da rezeksiyonu

gerekebileceğinden mümkün olduğunca cerrahi öncesi parotis kitlelerinde kesin tanının konulması gerekmektedir [11]. İnce iğne aspirasyon biyopsisi tanı için önemlidir. Cerrahi özellikle diğer tanısız incelemeler başarısız olduğunda hem tanısız hem de terapötik olabilir [12]. Bizim olgumuzda hem parotis hem de servikal lenf nodlarından yapılan İİAB'de granülatöz enfeksiyon geldi. Eksizyonel biyopsiye gerek olmadan antitüberküloz tedavi başlandı. Parotis bezi tüberkülozunda tanı, klinik, histopatolojik ve radyolojik bulgular ile birlikte konur [13]. Ultrasonografi, bilgisayarlı BT ve MRG gibi radyolojik incelemeler parotis yerleşimli tüberküloz lezyonlarını saptamada duyarlı, ancak bulgular spesifik değildir. Görüntüleme bulgularının çoğu tümörü taklit eder. Akciğer grafisi, eşlik eden akciğer tüberkülozu olan vakalarda yardımcı olabilir. Hastamızın akciğer grafisi normaldi. Lezyonlar US'de bizim olgumuzda da olduğu gibi hipoekoik görünümündedir. Renkli Doppler US'de bulgular spesifik değildir, lezyonlar avasküler olabileceği gibi vaskülaritesi artmış olarak da karşımıza çıkabilir. Servikal tüberküloz lenfadenitin US bulguları ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Hipoekoik lenfadenopati, kalsifikasyon, kistik dejenerasyon, lobüle kontur, konglomerasyon başlıca US bulgularıdır. Bizim olgumuzdaki servikal LAP'lar tüberkülozu düşündürecek şekilde hipoekoik karakterdeydi [14]. BT ve MRG bulguları da spesifik olmamakla birlikte, lezyon boyutlarının ve eşlik eden derin lezyonların tespitinde yararlıdır [15]. MRG'de normal parotis dokusu ile karşılaştırıldığında, intraglandüler kitle ya da nodüller T1AG'de hipointens ve T2AG'de hiperintensdir [16]. Olgumuzda MRG bulguları benzerdir.

Erken dönemde başlanan doğru tedavi rejimi komplikasyonsuz, başarılı bir sonuç için ön koşuldur. Tedavisi geciken olgularda; enfeksiyon yüzeysel ve derin dokulara uzanım gösterebilir, periauriküler abse, ciltte fistülizasyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. HRZE hala başarılı sonuçlar sağlayan birinci basamak tedavidir. Genellikle, ekstrapulmoner tüberkülozun tedavisinde 9 aylık RFM ve INH içeren kombinasyonlar yeterlidir [4,5,17]. Bizim hastamızın tedavisi 9 aya tamamlandı ve herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak; parotis bezi kitlelerinin ayırıcı tanısında nadir de olsa tüberküloz akılda tutulmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI / FİNANSAL DESTEK BEYANI

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkara dayalı bir ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Chatterjee A, Varman M, Quinlan TW. Parotid abscess caused by Mycobacterium tuberculosis. *Ped Infect Dis J* 2001; 20: 912-4.
2. Mert A, Ozaras R, Bilir M, ve ark. Primary tuberculosis of the parotid gland. *Int J Infect Dis* 2000; 4: 229-30.
3. Süoğlu Y, Erdamar B, Cölhan I, Katircioğlu OS, Cevikbas U. Tuberculosis of the parotid gland. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 588-91.
4. Özbey SB, Kasapoğlu F, Helvacı S, Aydın Ö. Olgu sunumu: parotis bezinin tüberkülozu [case report: tuberculosis of parotidgland]. *Mikrobiyol Bült* 2007; 41: 139-43.
5. Coen LD. Tuberculosis of the parotid gland in a child. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 367-8.
6. Martin P. The tuberculin skin test. *N Z Med J* 1994; 107: 310-1.
7. Vadisha Bhat, Biniyam Kolathingal, Rajeshwary Aroor, Madhukar Muniswamy Gowda. Tuberculosis of parotid gland masquerading as Pleomorphic adenoma. *Med J Dr. D.Y. Patil Vidyapeth* 2014; 7: 56-8.
8. Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D, Kandemir O, Aksu HS, Dündar İH. Erişkinde 98 ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi [Evaluation of 98 cases of extrapulmonary tuberculosis in adults]. *Klimik Derg* 2000; 13: 17-23.
9. Karagöz T, Şenol T, Bekçi TT. Tüberküloz lenfadenit [Tuberculous Lymphadenitis]. *Türk Toraks Derg* 2001; 1: 74-9.
10. Özdem C, Dağlı Ş, Çelikkanat S, Ölçer S. Parotis kitlelerine yaklaşımımız [Our approach to parotid masses]. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cer Derg* 1995; 3: 141-4.
11. Singh B, Maharaj TJ. Tuberculosis of the parotid gland: clinically indistinguishable from a neoplasm. *J Laryngol Otol* 1992; 106: 929-31.
12. Mastronikolis NS, Papadas TA, Marangos M, Karkoulias KP, Tsamandas AC, Goumas PD. Tuberculosis of the parotid gland: Tüberk ve Toraks Derg 2009; 57: 68-72.
13. Sethi A, Sareen D, Sabherwal A, Malthotra V. Primary parotid tuberculosis: clinical presentations. *Oral Dis* 2006; 12: 213-5.

14. Sayın İ, Bişkin S, Çakabay T.T, Yazıcı Z.M, Meriç A, Kayhan F.T. Tüberküloz lenfadenitleri. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2010; 20: 184-90.
15. Wei Y, Xiao J, Pui MH, Gong Q. Tuberculosis of the parotid gland: computed tomographic findings. Acta Radyol 2008; 49: 458-61.
16. Burgener FA, Meyers SP, Tan RK, Wolfgang Zaunbauer. Differential diagnosis in magnetic resonance imaging. Francis A. Burgener, Second Edition, Headand Neck, Thieme Verlag Germany, USA, 2002: 246-7.
17. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN. American Thoracic Society / Centers for Disease Control and Prevention / Infectious Diseases Society of America: Treatment of tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 603-62.

