

# Parotis tüberkülozu: Üç olgu sunumu

Hamdi ARBAĞ<sup>1</sup>, Yavuz UYAR<sup>1</sup>, Mustafa Cihat AVUNDUK<sup>2</sup>, Kayhan ÖZTÜRK<sup>1</sup>, Çağatay Han ÜLKÜ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı,  
<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

## ÖZET

Bu makalede üç olgu sunularak parotis tüberkülozunun patolojik tipleri ve ameliyat öncesi tanı konulamayan vakalarda açık biyopsinin önemi tartışıldı. Olgulardan ikisi lokalize, biri diffüz tutulumlu parotis tüberkülozu idi. Lokalize olgularda ekstrakapsüler diseksiyon ile, diffüz tip olan olguda ise açık biyopsi ile tanı konuldu. Parotis bezi kitlelerinde minimal cerrahi süperfişyel parotidektomi olup, açık biyopsi ve enükleasyon tarzında cerrahi rutin olarak uygulanmaz. Parotis tüberkülozlarında ise geleneksel olarak süperfişyel parotidektomi yapılarak spesmenin histopatolojisi ile tanı konulur ve medikal tedavi uygulanır. Parankimatöz tipteki olgumuzda, mukoeşidermoid karsinoma benzerliği ve yaygın fibrozis olduğu için, kitlenin histopatolojisine göre cerrahi planlanarak açık biyopsi yapıldı. Ameliyat öncesi, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile kesin tanı konulamayan bu gibi olgularda, ayıncı tanı amacıyla açık biyopsi yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Parotis bezi, tüberküloz, açık biyopsi

Selçuk Tıp Derg 2004;20:89-92

## SUMMARY

### **Tuberculosis of the parotid gland: Three case report**

In this study, the pathologic types of the tuberculosis of the parotid gland and the necessity of performing open biopsy in the cases who can not be diagnosed preoperatively were discussed in the three cases. Two of these cases were nodular (localized) type and the other was diffuse type. The diagnoses were established in the localized type by extracapsular dissection and the diffuse type by open biopsy. In the parotid gland mass, minimal surgical approach is superficial parotidectomy and open biopsy or extracapsular dissection surgeries should not be performed routinely. The diagnosis of the parotid gland involvement with tuberculosis has traditionally been made after superficial parotidectomy, then applied medical therapy. Due to similarity to mucoepidermoid carcinoma and diffuse fibrosis was in the paranchymatous case, open biopsy was performed planning the surgery according to the histopathologic diagnosis. If the differential diagnosis cannot be made with fine needle aspiration biopsy (FNAB) in as these cases preoperatively, open biopsy can be performed for diagnosis.

**Key Words:** Parotid gland, tuberculosis, open biopsy,

Parotis bezinin tüberkülozu, hastalığın endemik olduğu bölgelerde bile seyrek (1-4). Parotis kitlelerinin yaklaşık % 2.5-10'unu oluşturur ve her iki cinsi eşit tutar (5). Genellikle tek taraflıdır (6). İki patolojik tipi tanımlanmıştır: 1) lokalize tip, parotis bezi içindeki lenf nodlarının tutulumuna bağlı solid kitle şeklindedir; 2) diffüz tip, parotis dokusunu tutarak, irregüler nodüler bir yapı gösterir. Bu lezyonlar, genellikle neoplastik hastalıklara benzer ve kazeifikasyon nekrozuna bağlı fistül ve/veya fibrozis yapabilir (2,5). Parotis tüberkülozları, genellikle lokalize, solid kitle şeklinde görülür (1-5). Preoperatif tanı güçtür ve en sık rastlanan preoperatif yanlış tanı, benign mikst tümördür (1-5).

Bu makalede üç tüberküloz vakası sunularak, özellikle preoperatif tanı konulamayan, parankimatöz tüberküloz olgularında, açık biyopsinin önemi literatür eşliğinde tartışıldı.

## OLGU 1

Bayan H.İ., 28 yaşında, ev hanımı, 23.05.1997 (protokol no: 147565) tarihinde; yüzünün sol tarafında, yaklaşık 6 ay önce başlayan gittikçe büyüyen şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol parotis lojunda 3x3 cm boyutlarında, düzgün konturlu, sert kıvamlı, fiske, ağrısız kitle mevcuttu. Klinik olarak benign tümör düşünüldü. Sistemik muayenesi, hematolojik testleri ve PA Akciğer grafisi normaldi. USG ve BT

Haberleşme Adresi: **Dr. Hamdi ARBAĞ**, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, KONYA

Geliş Tarihi : 18.03.2004      Yayına Kabul Tarihi : 18.03.2004      e-mail:harbag@selcuk.edu.tr



tetkikinde, kitlenin düzgün sınırlı olduğu, parotis bezine invazyon ve yapışıklık göstermediği görüldü. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), non-spesifik lenfadenit olarak geldi. Hastaya iki hafta boyunca amoksisilin ve metranidazol tedavisi verildi. Medikal tedaviye rağmen kitle boyutlarında küçülme görülmedi. Fasiyal sinir korunarak, kitle ekstra kapsüler olarak çıkartıldı. Kitlenin bez içine yapışıklık göstermediği ve kolaylıkla diseke edildiği görüldü. Materyal cerrahi olarak çıkartıldıktan sonra %10'luk formaldehid solüsyonuna konularak patolojik inceleme için gönderildi. Gönderilen materyalden alınan uygun doku örnekleri ototeknikon takibine alındıktan sonra parafine gömülerek bloklandı. Mikrotom yardımı ile 5µ'luk kesitler lam üzerine alınıp, Hematoksilin Eozin ile boyanarak ışık mikroskopik düzeyde incelendi. Işık mikroskopide kazeifikasyon nekrozu ve çevresinde lenfositler, epiteloid histiyositler ve Langhans tipi dev hücrelerin yer aldığı granülom yapısı görüldü. Sonuç olarak tüberküloz ile uyumlu granümatöz iltihap olarak bildirildi.

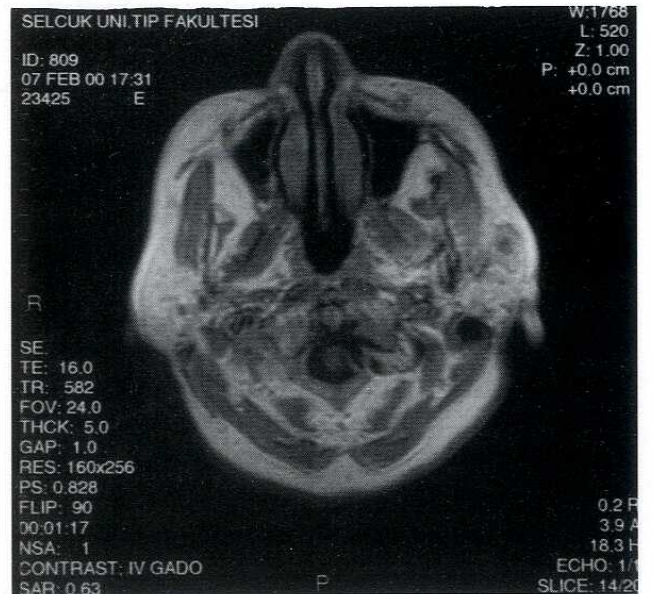
## OLGU 2

Otuzbir yaşında bayan N.Ö, 24.05.1999 (protokol no: 178509) tarihinde; yaklaşık 10 aydır sağ kulak memesinin altında, ağrısız ve gittikçe büyüyen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sağ retromandibüler bölgede, angulus mandibula seviyesinde, yaklaşık 4x3 cm boyutlarında, mobil, palpasyon ile ağrısız, cilde fiksasyonu göstermeyen kitle mevcuttu. Sistemik muayenesinde, hematolojik testlerinde ve PA akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. USG ve BT' de yaklaşık 9 ve 15 mm çaplarında iki adet konglomere LAP ile uyumlu kitle görüldü. İİAB'si granümatöz iltihap olarak rapor edildi. Kitle ekstrakapsüler diseksiyon ile çıkartıldı. Aynı patolojik işlemlerden geçirilen materyal ışık mikroskopik olarak incelendiğinde kazeifikasyon nekrozu, lenfositler, epiteloid histiyositler ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granülom yapısı belirlendi.

## OLGU 3

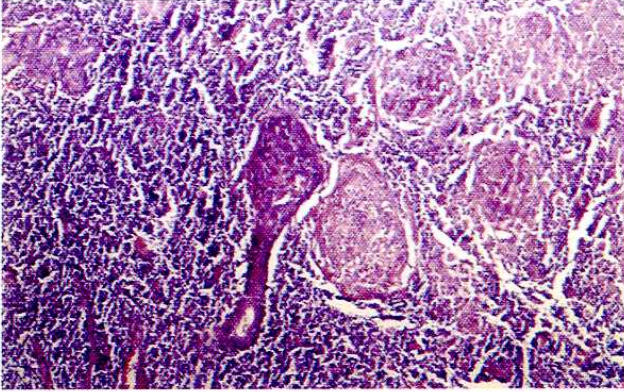
Bayan C.G, 63 yaşında 26.01.2000 (protokol no: 209968) tarihinde; bir yıldır sol kulak önünde gittikçe büyüyen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol parotis lojunda yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, sert, fikse, cilt invazyonu göstermeyen, ağrısız kitle mevcuttu. Fasiyal

parezi ve paralizi yoktu. USG' de sol parotis ekosu artmış, parankim yapısı heterojen ve bez santralinde sınırları net çizilemeyen, yaklaşık 16 mm çapında, hipoekoik, solid lezyon alanı izlendi. Ayrıca sol submandibüler bezde, yaklaşık 12 mm çapında sınırı kısmen ayırt edilebilen hipoekoik solid lezyon görüldü. MRG' de, sol parotis bezinde 3.0x1.5 cm boyutlarında düzensiz sınırlı, heterojen, T1'de hipointens, T2'de hiperintens, heterojen kontrast tutan kitle mevcuttu (Şekil 1). Sol submandibüler süperolateralinde LAP veya ikinci bir odak olması muhtemel T1 hipointens, T2 izointens homojen kontrast tutan lezyon izlendi. Görüntüleme yöntemlerine göre radyologların yorumunda, kitle malign tümör olarak değerlendirildi. İİAB'de class II (enfeksiyon hücreleri içeren) sitolojik inceleme geldi. Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Parotis kapsülü ve parankiminin fibrotik yapıya bağlı adhezyonlar gösterdiği ve kitle içinden mukopürülan mayi geldiği tespit edildi. Ameliyat sırasında yapılan frozen kesit incelemesinde malign hücre görülmedi. Histopatolojik tanıya göre cerrahi tedavinin planlanması düşünülerek insizyonel biyopsi alındı. Biyopsi materyalinde, kazeöz nekroz alanlarını ve Langhans tipi dev hücreler epiteloid histiositler ve lenfositlerin oluşturduğu granümatöz iltihabi doku görüldü (Şekil 2).



Şekil 1. Sol parotis bezi anteriorunda, 3.0X1.5 cm boyutlarında, irregüler sınırlı, heterojen, T1A'da hipointens, T2A'da hiperintens, heterojen kontrast tutan kitle mevcut (ok işaretli). A: Aksiyal T1A kesit, B: Aksiyal T2A kesit, C: Kontrastlı aksiyal T1A kesit





**Şekil 2.** Kazeöz nekroz alanları ve langhans dev hücrelerini içeren granülomatöz iltihabi doku kesiti (H-EX20).

## TARTIŞMA

Parotis tüberkülozu, bez içinde veya çevresindeki lenf nodlarının tutulumu ile oluşan, yavaş büyüyen, solid, yüzeysel ve derin dokulara fiksasyon gösterebilen, ağrısız, tümör benzeri kitle şeklinde klinik belirti verir(5,7). Enfeksiyon, lenf bezlerinden parotis içine yayılarak parankimatöz tutulum gösterebilir(1,3,5). Parankimatöz tipi oldukça nadirdir(1,8). Parotis tüberkülozlarında, geçirilmiş tüberküloz öyküsü, sistemik belirtiler ve fasiyal paralizi genellikle yoktur(1,2,5,7). Akciğer grafisi genellikle normaldir(2,5). Yıllarca asemptomatik kalabilir(5). Bizim olgularımızın ikisi nodüler, biri ise parankimatöz tutulumlu idi. Sistemik muayenelerinde, akciğer grafilerinde ve hematolojik değerlerinde patoloji saptanmadı. Fasiyal parezi ve paralizi yoktu. Yavaş ve ağrısız büyüyen kitle hastalarda tek bulgu idi.

Preoperatif tanı güçtür ve genellikle lokalize tipi mikst tümörle, diffüz tipi ise malign tümör ile karışır(1-6). Tüberkülin cilt testi (Mantoux), daha önce negatif olduğu bilinen hastalarda faydalı olabilir(1,2,5). Ancak ülkemizde BCG aşısı rutin olarak yapıldığından güvenilir değildir. En değerli tanı yönteminin İİAB olduğu bildirilmektedir(1,4,9). İİAB'nin sensitivitesi %80, spesifitesi %90-93'tür(4,9,10). Yanlış negatiflik oranı %0-4.7 arasındadır(10). İnce iğne aspirasyonunda, sitolojik inceleme negatif olsa bile aspirasyon materyalinin kültürü yapılabilir. Coen, yeterli materyal elde edilemediği ve fistül oluşumuna yol açtığı için aspirasyonu önermemektedir(5). O'Connell ve arkadaşları, diğer granülomatöz hastalıklarda, yağ nekrozunda ve yabancı cisim reaksiyonlarında da epitelooid hücreler görülebildiği için, tüberkülozun kesin tanısının, cerrahi materyalde, Langerhans dev hücreleri ve

kazeifikasyon nekrozunun görülmesi ile konulacağını ifade etmişlerdir(2).

Görüntüleme yöntemlerinden USG ilk yapılacak tetkik olup, kitlenin kistik veya solid olduğu hakkında bilgi verir(1,2). BT' de büyümüş lenf bezleri ve nekroz alanları içeren enfeksiyon odakları bulunabilir(2). Ancak, bu bulgular tüberküloza özgü olmayıp, lenfomalarda da nekroz içeren büyümüş lenf nodları görülür(2). MRG operasyon öncesi kitlenin sınırlarını göstermesi ve medikal tedaviye yanıtı değerlendirme açısından faydalı bilgiler verebilir(1).

Tümör ve enfeksiyonun çevre dokulara yayılması, fasiyal paralizi ve duktal hasar riskinden dolayı, parotis kitlelerinde açık biyopsi önerilmez (1,5,9,10). Parotis tüberkülozlarında, süperfisyel parotidektomi yapılarak kitlenin histopatolojik tanısına göre medikal tedavi uygulaması literatürlerde kabul gören görüştür(1-8). Ancak parankimatöz tüberkülozlarda granülasyon dokusunun tümörden ayırt edilmesi güç olup, fibrotik yapışıklıklardan dolayı cerrahiye bağlı fasiyal paralizi riski de oldukça fazladır(1,3). Ayrıca mukoid mayi içeren kistik alanların bulunması mukoeপিdermoid karsinomdan ayırt edilmesini güçleştirir(3). Tüberkülozlu hastada patolojik tanı olmadan yapılacak radikal bir cerrahi rezeksiyonda fasiyal sinir yaralanmasına bağlı kalıcı paralizi gelişebilecektir. Cerrahi rezeksiyonda fasiyal sinir dallarının sakrifiye edilmesi düşünülüyorsa, bu durum akılda tutulmalı ve açık biyopsi ile tanı kesinleştirilmelidir(3). Olgularımızın birinde, parankimatöz parotis tüberkülozu mevcuttu. Bu hastaya preoperatif tanı konulamadı. Ameliyat sırasında mukopürülan mayi içeren kistik alanlar ve yaygın fibrotik yapışıklıklar gözlemlendi. Hastada fasiyal paralizi yoktu. Histopatolojik tanıya göre tedavi planlanması düşünülerek süperfisyel parotidektomi yerine insizyonel biyopsi alındı.

Sonuç olarak, parotis bezi kitlelerinde açık biyopsi klasik olarak uygulanmayan bir yöntemdir. Ancak, parankimatöz tüberküloz olgularında, İİAB ile tanı konulamamışsa, yaygın fibrozise bağlı fasiyal paralizi riskinden ve maligniteye benzerliğinden dolayı süperfisyel parotidektomi yerine, kesin tanı amacıyla açık biyopsi yapılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Holmes S, Gleeson MJ, Cawson RA. Mycobacterial disease of the parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:292-8.
2. O'Connell JE, George MK, Speculand B, Pahor AL. Mycobacterial infection of the parotid gland: an unusual cause of parotid swelling. *J Laryngol Otol* 1993;107:561-4.
3. Singh B, Maharaj TJ. Tuberculosis of the parotid gland: clinically indistinguishable from a neoplasm. *J Laryngol Otol* 1992;106:929-31.
4. Weiner GM, Pahor AL. Tuberculosis parotitis: limiting the role of surgery. *J Laryngol Otol* 1996;110:96-7.
5. Coen LD. Tuberculosis of the parotid gland in a child. *J. Pediatr. Surg.* 1987;22:367-8.
6. Rowe-Jones JM, Vowles R, Leighton SE, Freedman AR. Diffuse tuberculous parotitis. *J Otol Laryngol* 1992;106:1094-5.
7. Norman JEB, Mitchell RD, Chaudhary S, Schonell M, Lubowsky DZ. Unusual condition of major and minor salivary glands. In: Normon JED, McGurk M; eds. *Salivary Glands* 2nd ad. London: Mosby-Wolfe Medical Communications; 1997:337-9.
8. Van der Walt JD, Leake J. Granulomatous sialadenitis of the major salivary glands. A clinicopathological study of 57 cases. *Histopathology* 1987;11:131-44.
9. Lau S, Wei W, Hsu C, Engzell UC. Efficacy of FNA cytology in the diagnosis of tuberculous cervical lymphadenopathy. *J Laryngol. Otol* 1990; 104:24-7.
10. Ronald GA, Nina RD. Fine-needle Aspiration Biopsy. *Laryngoscope* 2001; 111:1551-7.