Parotis tüberkülozu: Üç olgu sunumu

Hamdi ARBAĞ1, Yavuz UYAR1, Mustafa Cihat AVUNDUK2, Kayhan ÖZTÜRK1, Çağatay Han ÜLKÜ1

1 Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı,
2 Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET


Parotis tüberkülozunda ise geleneksel olarak superfisyal parotidektomi yapılarak spesmenin histopatolojisi ile tanı konulur ve medikal tedavi uygulanır. Parankimatöz tipteki olgumlarda, mukoepidermoid kanserine benzerlikli ve yaygın fibrozis olduğu için, kitlenin histopatolojisine göre cerrahi planlanan açık biyopsi yapıldı. Ameliyat öncesi, içine aspirasyon biyopsis (LAB) ile kesin tanı konulamayan bu gibi olgularda, aynı tani amaçıyla açık biyopsi yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Parotis bezi, tüberküloz, açık biyopsi

Selçuk Tip 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 diffused 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.


Bu makalede üç tüberküloz vakası sunulacak, özelikle preoperatif tani konulamayan, parankimatöz tüberküloz olgularında, açık biyopsisin önemi literatür eşliğinde tartıştı.

OLGU 1

Bayan H.I, 28 yaşında, ev hanımı, 23.05.1997 (protokol no: 147565) tarihinde; yüzünün sol tarafında, yaklaşık 6 ay önce başlayan gittikçe büyüyen şişlü şişkayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol parotis lojunda 3x3 cm boyutlarında, düzgün konturlu, sert kvlamlı, fıkse, ağırsız kitle mevcuttu. Klinik olarak benign tümör düşünüldü. Sistemik muayenesi, hematojiyolik testleri ve PA Alçıgra 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

89

OLGU 2

Otuzebir yaşında bayan N.Ö, 24.05.1999 [protokol no: 178509] tarihinde; yaklaşık 10 aydır sağ kulak memesinin altında, ağrısız ve gittikçe büyüyen kitle çıkayıti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sağ retromandibüler bölgesinde, angulus mandibula seviyesinde, yaklaşık 4x3 cm boyutlarında, mobil, palpasyon ile ağrısız, cilde fikasyonu göstermeyen kitle mevcuttu. Sistemik muayenesinde, hematolojik testlerinde ve PA akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. USG ve BT' de yaklaşık 9 ve 15 mm çaplanında iki adet konglemere LAP ile uyumlu kitle görülüyor. IIAB' gi granüloomatöz iltilap olarak rapor edildi. Kitle ekstrakapsüler diseksiyon ile çıkarıldı. Aynı patolojik işlemlerden geçirilen materyal işık mikroskopik olarak incelendiğinde kazeifikasyon nekroz, lenfositler, epiteloid histiyotitler ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granüloom yapısi belirlendi.

OLGU 3

Bayan C.G, 63 yaşında 26.01.2000 [protokol no: 209968] tarihinde; bir yıldır sol kulak önünde gittikçe büyuyen kitle çıkayıti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol parotis lojunda yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, sert, fikse, cilt invazyonu göstermeyen, ağrısız kitle mevcuttu. Fasialtın parezi ve paralizi yoku. USG'de sol parotis ekosu artmış, parankim yapısı heterojen ve bez santralinde sınırların net çizilememek, yaklaşık 16 mm çapında, hipoeokik, solid lezyon alanı izlendi. Ayrıca sol submandibüler bezde, yaklaşık 12 mm çapında sınırların kısmen ayırt edilebilen hipoeokik 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 süberolateralinde LAP veya ikiinci bir odak olması muhtemel T1 hipointens, T2 izointens homojen kontrast tutan lezyon izlendi. Görünümüle yöntemlerine göre radyologların yorumunda, kitle malign tümör olarak değerlendirildi. IIAB'de class II (enfeksiyon hücreleri içeren) sitolojik incelenecektir. Hasta genel anestesi altında ameliyata alındı. Parotis kapsülü ve parankimininde fibröz yapılı bağlı adhezyonlar gösterdiği ve kitle içinde mukopürülan maya geldiği tespit edildi. Ameliyat sırasında yapılan frozen kesit incelmesinde malign hücre görülmedi. Histopatologik tanıya göre cerrahi tedavinin planlanması düşünülerek insüzyonel biyopsi alındı. Biyopsi materyalinde, kazeöz nekroz alanlarını ve Langhans tipi dev hücreler epiteloid histiyotitler ve lenfositlerin oluşturduğu granüloomatöz iltilabi doku görüldü (Şekil 2).

Şekil 1. Sol parotis bezi anteriordan, 3.0x1.5 cm oyutununda, irregüler sınırlı, heterojen, T1'A'da hipointens, T2'A'da hiperintens, heterojen kontrast tutan kitle mevcut [ok işaretli]. A: Akşiyal T1A kesit, B: Akşiyal T2A kesit, C: Kontrastlı akşiyal T1A kesit.
TARTIŞMA


Preoperatif tani güçtür ve genellikle lokalize tipi,mikst tümörle, diffüz tipi ise malign tümör ile karıştırılabilir(1,6). Tüberkülin cilt testi (Mantoux), daha önce negatif olduğu bilinen hastalarda faydali olabilir(1,2,5). Ancak ülkemizde BCG aşısı rutin olarak yapıldığından güvenilir değildir. En değerli tani yöntemini liAB olduğu bildirimiz(1,4,9). liAB‘nin səstəvitesi %80, spesifitesi %90-93’dür(4,9,10). Yanlış negatiflik orani %0-4,7 arasındadır(10). İnce eğine aspirasyonunda, stololjik incelemeye negatif olsa bile aspirasyon materiyanın kültür yapılabilir. Coen, yeterli materyal elde edilmemeli ve fiziksel olumsuna yol açtığı için aspirasyonu önermemektedir(5). O’Connell ve arkadaşları, diğer granülomatoz hastalıklarda, yağ nekrozunda ve yabancı cisim reaksiyonlarında da epiteloid hücreler görülebildiği için, tüberkülozun kesin tanınsında, cerrahi materialde, Langerhans dev hücreleri ve kazeifikasyon nekrozunun görülmesi ile konulacağı ifade etmiştir(2).

Görüntüleme yöntemlerinden USG ilk yapılacak teknek olup, kitlenin kistik veya solid olduğu hakkında bilgi verir(1,2). BT de büyüümış lenf bezleri ve nekroz alanları içeren enfeksiyon odakları bulunabilir(2). Ancak, bu bulgular tüberküloza özgü olmayıp, lenfomalarla da nekroz içeren büyüklenf noduller görülür(2). MRG operasyon öncesi kitlenin sınırlarını göstermesi ve medikal tedaviye yanıt verme durumunda faydalı bilger verebilir(1).


Sonuç olarak, parotis bezi kitlelerinde açık biyopsi klasik olarak uygulanmayan bir yöntemdir. Ancak, parankimatöz tüberküloz olgularında, liAB ile tani konulamamışsa, yaygın fibrozis bağları fasyal paralizi riskinden ve maligniteye benzerliğinden dolayı süperfisyal parotidektomi önerile, kesin tani amaçıyla açık biyopsi yapılabilir.
KAYNAKLAR


