

Primer Parotis Tüberkülozu: Vaka Sunumu †

Çiğdem YILMAZ *, Nur ANPOLAT *, Pınar GÖKMİRZA ÖZDEMİR *, Belgin AKTAŞ *,
Emel KARAOĞLAN *, Erkan DOĞAN **, Hüsem HATİPOĞLU *, Aysel KIYAK ***,
Gönül AYDOĞAN ****, Rengin ŞİRANECİ ***

Primer Parotis Tüberkülozu: Vaka Sunumu

Tüberküloz tedavi edilebilen ve önlebilen bir hastalık olmasına rağmen, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup, değişik klinik ve laboratuvar bulguları olabilmektedir. Ekstrapulmoner yerleşimli tüberküloz vakaları ayırıcı tanıda karşılaşılan zorluklar nedeni ile önemli bir klinik sorun yaratmaktadır. Bu vaka sunumu ile çok ender görülen primer parotis tüberkülozuna ve tüberkülozun farklı prezantasyonlarına dikkat çekmek ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, parotis

Primary Parotis Tuberculosis: A Case Report

In developing countries as Turkey, tuberculosis is still an important problem with high morbidity and mortality rates; although prevention and treatment of the disease can be possible. Tuberculosis presents with different clinical and laboratory findings. Extra pulmonary tuberculosis is an important clinical problem because of difficulties in diagnosis. The aim of this report is to emphasize parotid gland tuberculosis that is an uncommon form and different presentations of tuberculosis.

Key words: Tuberculosis, parotis

GİRİŞ

Tüberküloz tedavi edilebilen ve önlenilebilen bir hastalık olmasına rağmen, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup, değişik klinik ve laboratuvar bulguları olabilmektedir. Ekstrapulmoner yerleşimli tüberküloz vakaları ayırıcı tanıda karşılaşılan zorluklar nedeni ile önemli bir klinik sorun yaratmaktadır.

VAKA SUNUMU

Dokuz yaşında kız hasta, sol gözde küçülme, sol kulak önünde şişlik, ağrı, ateş, boynun sol tarafında şişlik, sol omuzda şişlik ve ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu.

Alındığı tarih: 19.03.07

Kabul tarihi: 18.07.07

† Bu çalışma 40. Türk Pediatri Kongresi'nde (21-25 Haziran 2004 İstanbul) poster olarak sunulmuştur.

* S.B. Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği, Uzm. Dr.

** S.B. Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği, Ass. Dr.

*** S.B. Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği, Uzm. Dr. Klinik Şefi Yrd.

**** S.B. Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği, Uzm. Dr. Klinik Şefi

On gündür yakınmaları olan hasta yalnızca antipiretik tedavi almıştı. Hasta lenfadenit ön tanısı ve tetkik amacı ile yatırıldı. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu.

Fizik muayenesinde; ateş 38°C, boy 50-75. p, vücut ağırlığı 25-50. p, sol parotis lojunda 4x3 cm ve 3x2 cm boyutlarında ağrılı, hassas ve ısı artışı gösteren lenfadenopati, sol sternokleidomastoid önünde 3x1.5 cm ağrılı lenfadenopati ve sol supraklavikular bölgede mikrolenfadenopatiler saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

Laboratuvar bulguları; beyaz küre: 15,080 (% 75 PNL), CRP: 24 mg/dL, ESH: 45 mm/saat bulundu. Biyokimyasal incelemede albumin: 3.1 mg/dL, globulin: 4.4 mg/dL olması dışında özellik yoktu. Akciğer grafisi normal, PPD: 0 mm, TORCH, EBV, Parvovirüs B19, kabakulak IgM ve HIV serolojisi negatif bulundu. Kemik iliği aspirasyonu histopatolojik incelemesinde özellik saptanmadı.

Radyolojik İncelemeler

Parotis ve boyun ultrasonografisi: Sol parotis bezinde nekroze görünümlü ultrasonografik imaj

mevcut olup, tüberküloz için tipik bulundu. Sol klavikula üzerinde klavikula konturlarını tahrip eden 30x10 mm boyutlarında lobule kontürlü nonhomojen solid kitlesel lezyon tüberküloz osteomyelit ve subperiostal apse ile uyumluydu.

Sol omuz ve klaviküler eklem bilgisayarlı tomografisi: Sol klavikula korteksinde belirgin kalınlaşma ve skleroz oluşturan, yer yer fragmente kemik yapılar ve hipodens yapılar osteomyelite sekonder olarak değerlendirildi. Lezyon çevresinde ciltaltına ve anteriorda cilde, posteriora ise, yağlı dokuya dek uzanan 4x3 cm boyutunda sıvı komponent içeren yumuşak doku görünümü mevcuttu.

Kraniyal, toraks ve tüm batın BT incelemeleri normaldi.

Tüm vücut kemik sintigrafisi: Sol klavikulada diffüz artmış aktivite tutulumu izlendi, bu bulgu öncelikle osteomyelit lehine değerlendirilmekle birlikte malignite olasılığı dışlanamadı.

Boyun yumuşak doku MR görüntüleme: Sol parotis bezi içerisinde tanımlanan dört adet, en büyüğü 15 mm çapına dek ulaşan, nodüler karakterde kitle lezyonları parotis bezi içerisinde lenf ganglionları olarak değerlendirildi. Solda daha belirgin olmak üzere her iki boyun yarısında multipl lenfadenopatiler, solda daha belirgin olmak üzere bilateral supraklaviküler lenfadenopati, sol klavikulada yumuşak doku kitle lezyonu saptandı ve tüm bunlar bütünüyle değerlendirildiğinde lenfoma ile uyumlu bulunup biyopsi ile doğrulanması önerildi.

Mikrobiyolojik İncelemeler

Kemik aspirasyon materyalinin Ziehl-Neelsen boyasıyla aside dirençli bakteri görülmedi.

Kemik aspirasyon materyalinin aerob, anaerob ve Löwenstein-Jensen besiyerine ekiminde üreme gözlenmedi.

Patolojik İnceleme

Parotis bölgesinden yapılan açık biyopsi sonucunda patolojik tanı: Farklı boyutta kazeifikasyon nekrozları, bunları kuşatan epitelioid histiyositler, çevre-

de yoğunlaşan lenfosit ve plazma hücreleri görülmektedir: Nekrotizan granümatöz adenit, bu bulgularla öncelikle tüberküloz düşünülmüştür (İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, protokol no: 2003109854-SSK).

Patolojik sonucu tüberküloz ile uyumlu bulunan hastaya anti-tüberküloz tedavi (İNH, RİF, PRZ, STM) başlandı. Hastanın sol klavikula bölgesindeki ağrı ve hassasiyetin artması ve sol kol hareketinin kısıtlı olması üzerine kemik sintigrafisi çekildi. Sol klavikulada tüberküloza sekonder osteomyelit saptandı. Hastanın antitüberküloz tedavisi devam etmekte olan hastanın, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularında tamamen düzelme gözlemlendi.

TARTIŞMA

Tükürük bezlerinde granümatöz lezyonlar lokalize nodüller gibi görülerek, tanıda güçlüğü yol açabilir. Tükürük bezlerindeki infeksiyonun kaynağı hakkında çeşitli görüşler mevcuttur. Stenon kanalı yoluyla orofarinksten, herhangi bir primer odaktan kan yoluyla, yaralı oral mukozadan veya tonsilden, dış kulak yolundan lenfatik yolla oluşabileceği gibi; infekte molar dişten kanaliküller yoluyla da oluşabileceği belirtilmektedir ⁽¹⁾.

Literatürde yüzeysel mesane kanserinin tedavisinde kullanılan intravezikal BCG uygulaması sonrasında bildirilen parotis tüberkülozu vakası da mevcuttur ⁽²⁾.

Parotis bezinin bakteriyel infeksiyonlarında en sık saptanan etiyolojik ajanlar; *S.aureus* ve anaeroblardır, gram negatif etkenler daha çok hastanede yatan hastalarda görülür. *M.tuberculosis* ve atipik mikobakteriler ise, daha ender parotit etkenleridir ⁽³⁾. Parotis tüberkülozunda ise, pulmoner tutulum olup olmamasına bakılmaksızın en önemli etiyolojik ajan *M.bovis*'tir ⁽¹⁾.

Ancak, pediatrik yaş grubunda baş-boyun infeksiyonlarında tüberküloz dışı mikobakteriler (NTM) erişkine oranla daha sık etken olmaktadır. Bu nedenle klasik antitüberküloz tedaviye genellikle dirençli oldukları göz önüne alınarak *M.tuberculosis*'ten mikrobiyolojik, histolojik ayrımları iyi yapmalı, tanıda klinik, radyolojik veriler ve PPD'den de yarar-

lanılmalıdır. NTM'lerin de akciğer, yumuşak doku, kemik, eklem tutulumuna yol açabileceği unutulmamalı, erken ve etkin tedavi başlatılmalıdır. Bu amaçla NTM'lerin etken olabileceği düşünülen hastalarda tanısal tetkiklerin sonuçları beklenirken siprofloksasin ve azitromisin birlikte başlanmalıdır. Bu şekilde küçük boyutlu başlangıç lezyonları cerrahi çıkarıma gerek olmadan gerileyebilmektedir. Ancak, temas öyküsü ve immünsüpresyonu olmayan, PPD < 15 mm olan ve radyolojik olarak da tüberkülozla uyumlu olmayan hastada cerrahi çıkarım başlangıçta tercih edilmelidir (4).

Parotis tüberkülozunun tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi ile alınan materyalin sitolojik ve PCR incelemelerinden de yararlanılabilir (2).

Parotiste diffüz şişlik, servikal lenfadenopati ve yüksek ateş bulgularıyla gelen her hastada süpuratif parotitin yanı sıra ayrıca tanıda parotis tüberkülozu da mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın yaşına, lökosit sayısına veya kitelde fluktuasyon olup olmamasına bakılmaksızın ultrasonografik görüntüleme yapılmalıdır. Cerrahi drenaj planlanan hastalarda fasiyal sinir miyoelektrik monitörizasyonu mutlaka yapılmalıdır. Alınan materyalden mikrobiyolojik ve patolojik inceleme istenmelidir. Perioperatif ve postoperatif dönemde sonuçlar beklenirken, aminopenisilin ve klavulanik asit veya sefalosporinler ampirik olarak başlanmalıdır (5).

Parotis tüberkülozunun eş zamanlı olarak Warthin tümörü ile birlikteliği de söylenmiş olup (6,7), parotis bezinde kitle ile başvuran hastada bu birliktelik de akılda tutulmalıdır.

Klavikula osteomyeliti yerleşim olarak tüm osteomyelitlerin % 1-3'ünü oluşturmaktadır (8). Klavikula lezyonlar içinde osteomyelit ender görülmesine rağmen, ayırıcı tanıda düşünülmeli ve tanıda klinik, radyolojik bulguların yönlendirici olmadığı vakalarda patolojik ve mikrobiyolojik yöntemlerden de yararlanılmalıdır (9).

Pediyatrik yaş grubunda görülen kronik klavikula enfeksiyonlarında ise, tümörleri dışlamak açısından erken patolojik tanı daha fazla önem taşımaktadır (10).

SONUÇ

Bu vaka sunumu ile çok ender görülen primer parotis tüberkülozuna ve tüberkülozun farklı klinik şekillerine dikkat çekmek ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amaçlandı.

Parotis bezinde kitle ile başvuran hastada ayırıcı tanıda tümörlerin yanı sıra özellikle ülkemiz için halen önemli sorun olan tüberküloz da düşünülmeli ve bu ikisinin birlikte olabileceği akılda tutulmalı, bu amaçla cerrahi çıkarım sonrası patolojik incelemenin yanı sıra mikrobiyolojik inceleme de mutlaka yapılmalıdır. Pediyatrik yaş grubunda NTM'lerin de etken olarak karşılaşılabileceği ve tetkik sonuçları beklenirken, başlanacak tıbbi tedavi seçiminde göz önünde bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır. *M.tuberculosis* ve NTM'lerin kültürde üretilmesinin zorluğu göz önüne alınırsa, tüberküloz tanısının tek bir tanısal yöntem ile değil, klinik, radyolojik ve patolojik bulgularla da desteklenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sharma K, Mehdiratta NK, Gupta AK. Tuberculosis of the parotid gland. Can J Surg 1996; 39:253-4.
2. Diaz C, Baldo C, Martin A, et al. Parotid tuberculosis following intravesical BCG instillation: a case report. Acta Otorhinolaringol Esp 2003; 54:129-33.
3. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis: microbiology and management. J Craniofac Surg 2003; 14:37-40.
4. Jervis PN, Lee JA, Bull PD. Management of non-tuberculous mycobacterial peri-sialadenitis in children: The Sheffield otolaryngology experience. Clin Otolaryngol 2001; 26:243-8.
5. Thiede O, Stoll W, Schmal F. Clinical aspects of abscess development in parotitis HNO. 2002; 50:332-8.
6. Watanabe M, Nakayama T, Koduka Y, et al. Mycobacterium tuberculosis infection within Warthin's tumor: report of two cases. Pathol Int 2001; 51:797-801.
7. Suoglu Y, Erdamar B, Colhan I, Katircioglu OS, Cevikbas U. Tuberculosis of the parotid gland. J Laryngol Otol 1998; 112:588-91.
8. Donovan RM, Shah KJ. Unusual sites of acute osteomyelitis in childhood. Clin Radiol 1982; 33:222-30.
9. Gerscovich EO, Greenspan A. Osteomyelitis of the clavicle: clinical, radiologic, and bacteriologic findings in ten patients. Skeletal Radiol 1994; 23:205-10.
10. Rasool MN, Govender S. Infections of the clavicle in children. Clin Orthop 1991; 178-82.