

PAROTİD KİTLE: PAROTİS İÇİ TOXOPLAZMA LENFADENİTİ

PAROTID MASS: TOXOPLASMA LENFADENITIS

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 25.09.2016

Kabul: 25.04.2017

Yayın: 25.04.2017

Sanem Okşan Erkan¹, Birgül Tuhanioglu¹, Zeynel Abidin Erkan², Zekiye Güney¹, Zeynel Abidin Taş¹¹ Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi² Çukurova Dr.Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi**Özet**

Toksoplazmosis, zorunlu hücre içi protozoon olan Toxoplasma gondii tarafından oluşturulan, dünyanın her bölgesinde yaygın olarak bulunabilen bir enfeksiyondur. İnsanlarda enfeksiyona neden olabilen bu parazitozun en sık görülen klinik şekli yaygın veya bölgesel lenfadenopatidir. Ancak parotis kitlesi şeklinde ortaya çıkan toksoplazmosis literatürde az sayıda bildirilmiştir. Atmış yedi yaşında bir kadın ,üç aydır olan parotis bölgesindeki ağrısız kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol parotis bezi kuyruğunda 2x2 cm boyutlarında, sert, hareketli , ağrısız kitle tespit edildi. Parotis USG'de saptanan kitlenin parotis bezi ile ilişkisi net değerlendirilemeyince kontrastlı boyun MR istendi.MR'da 1,6 cm kitle lenf nodu olarak değerlendirildi.İstenen İİAB sonucunda lenfoma ekartasyonu yapılamayınca ,parotis neoplazmi tanısı ile yüzeysel parotidektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu, toksoplazma lenfadeniti tanısını desteklemekteydi. Retrospektif çalışılan spesifik serum immünoglobulin değerleri de toksoplazmosis tanısını doğruladı ve 3 aydan daha önce enfeksiyonun geçirildiğini,akut bir enfeksiyon olmadığını gösterdi.Hastaya postoperatif üç hafta süreyle rovamycine tedavisi uygulandı . 5 aylık takibinde hastalık nüksüne rastlanmadı.

Anahtar kelimeler: Toksoplazmosis, Parotis kitle IgG Avidite

Abstract

Toxoplasmosis is a widely present ,mandatory intracellular protozoan infection caused by coccidian Toxoplasma gondii. Toxoplasmosis is a worldwide parasitic disease. Toxoplasma gondii, causes the infection in humans,with lymphadenopathy as the most frequent clinical finding. Toxoplasmic lymphadenitis of the parotid gland are extremely rare. A 67-year-old woman presented with a painless ,parotid mass present for three months. Physical examination revealed a firm,2x2 cm,mobile, round mass at the left parotid tail. Magnetic Resonance localized the 1.6 cm mass inferior of the left parotid gland (Fig. 1A). A fine-needle aspiration biopsy was non-diagnostic. An excisional biopsy taking in superficial parotidectomy was performed for a definitive diagnosis. The pathology examination revealed findings suggestive of Toxoplasmosis. These results confirmed a previous toxoplasmosis infection (IgG positivity), but not a current infection (IgM negativity) . Patient was given 3 weeks rovamycin therapy.At the 5-month follow-up, the patient remained asymptomatic and no new masses developed in the neck.

Keywords: Toksoplazmosis, Parotid mass IGG Avidity

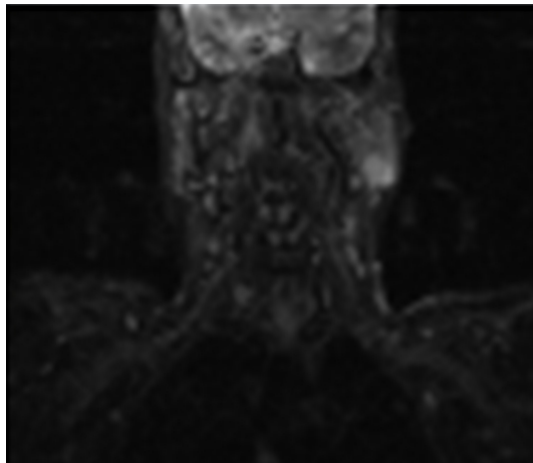
Giriş

Toksoplazmosis, etkeni "Toksoplasma Gondii" olan protozoal enfeksiyondur [1]. Dünyada oldukça yaygın bir şekilde, özellikle sıcak ve nemli iklimlerde görülür. Yaygın olarak memelileri ve kuşları enfekte eden bu parazitin son konağı kedidir. Akut hastalıklı kedi dışkı ile doğal ortama saçılan parazit yumurtalarının (oositlerin) kontamine topraktan veya az pişirilmiş etlerden ağız yolu ile alınması ile hastalık insanlara geçer [2-3]. Klinik olarak; immünitesi normal olan hastalarda büyük oranda asemptomatik bir seyir izler. Hastaların %10-15'inde klinik semptom ve bulgular izlenir [2-3]. En sık rastlanan klinik bulgu süpürasyon göstermeyen tek taraflı lokalize LAP'dir [2-3]. LAP, tek başına olabileceği gibi ateş, miyalji, yorgunluk ve öksürük gibi semptomlarla birlikte de

görülebilmektedir. Boğaz ağrısı da klinik tabloya eşlik edebilir[2-5]. En sık olarak arka servikal lenf nodları tutulur. Ancak diğer servikal bölge lenf nodları, supraklaviküler ve oksipital lenf nodları da tutulabilir [2-3]. Hatta, LAP iki taraflı, yaygın,intraabdominal, intraparotid veya intraoral da olabilir [2-3]. LAP palpasyonla hafif ağrılı veya ağrısız olabilir, hafif sert kıvamlı olarak ele gelebilir. LAP birkaç gün gibi kısa bir sürede geçebileceği gibi, bir yıldan uzun da kalabilir [4]. İmmün yetersizliği olan, özellikle AIDS'li ve organ nakilli hastalarda, pnömoni, korioretinit, papulonodüler dermatit, miyokardit veya ensefalit gibi tutulumlar da izlenebilir. Hamileliği sırasında enfeksiyonu alan annelerin çocuklarında da multisistemik konjenital enfeksiyonlar gelişebilir [3-4] . Toksoplazmozis tanısı serolojik testlerle konmaktadır.İmmunitesi normal hastalarda tedavi gerekmez ve hastalık tablosu kendiliğinden düzelebilir. Konjenital, ağır geçirilen ve immün sistem yetersizliği olan hastalar tedavi edilmelidir. Sinerjik etkilerinden yararlanan primetamin ve sulfadiazin kombinasyonu bilinen en etkili tedavi protokolüdür [3]. Literatürde parotid kitle ile başvuran az sayıda toxoplazmozisli olgu rapor edilmiştir. Biz de bu çalışmada parotis kiteli toxoplazmik lenfadenitli olgumuzu sunuyoruz.

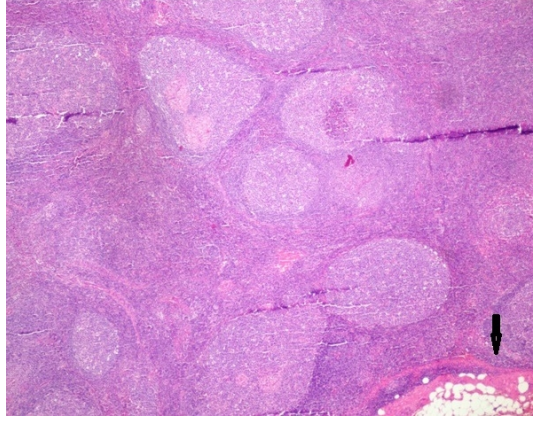
Olgu Sunumu

67 yaşında bayan hasta, 3 aydır var olan ve giderek büyüyen ,sol parotis bölgesindeki ağrısız, düzgün sınırlı, sert kıvamlı,2x2cm'lik kitle ile kliniğimize başvurdu.Anamnezden hastanın daha önce birinci basamak sağlık kuruluşunda antibiyotik tedavisi aldığı,ancak kitlede küçülme olmadığı öğrenildi.Baş-boyun muayenesi parotis kuyruğundaki kitle haricinde normaldi. Sistemik muayenede vücudun başka bölgelerinde eşlik eden kitle yoktu. Fasial sinir muayenesi normaldi. Yapılan parotis usg incelemesinde; sol parotis glandı inferiorunda yaklaşık 19x17 mm boyutunda kitlesel lezyon izlendi. İntraparankimal kitle veya gland komşuluğunda lenfadenopati ayrımı yapılamadığı için kontrastlı boyun manyetik rezonans istendi. MR'da sol parotis gland inferiorunda T1'de hipointens, T2 görüntülerde hiperintens,1.6cm boyutunda kitlesel lezyon (lenf nodu?) olarak rapor edildi (Şekil 1).



Şekil 1 : Kontrastlı Boyun T2MR'da parotid kitle görüntüsü.

Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda polimorfik tipte lenfoid hücreler izlendi ve lenfoma ekartasyonu açısından eksizyonel biopsi önerildi.Hastaya operasyon planlanarak, sol süperfisyal parotidektomi ve sol level 2a-2b lenf nodlarından örneklem yapıldı. İzlemede postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi . Patoloji sonucu ; kronik sialadenit ve intraparotid lenf nodlarında granülomatöz lenfadenit –toxoplazma lenfadeniti olarak rapor edildi(Şekil 2).



Şekil 2 : Lenf nodunda foliküler hiperplazi.Hematoksilen&Eozinx40.Sağ alt bölgede tükrük bezi yapıları görülmektedir.

Bunun üzerine hastaya granülomatöz hastalıklar açısından tarama planlandı. Anamnez derinleştirildiğinde kırsal kesimde yaşayan hastanın evinin çevresinde kedilerle yakın teması olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde PPD(-) olduğu, batin USG'de hepatosplenomegali olmadığı görüldü. Göz konsültasyonu sonucunda koryoretinit gözlenmedi. Retrospektif yapılan serolojik incelemelerde anti-toxoplasma IgG düzeyi 282,9(normal değer aralığı:0,00-2,99 IU/ml) , anti-toxoplasma Ig M düzeyi (-) olarak değerlendirildi. Ig G Avidite 0,627 idi. Bu yüksek avidite değeri geçirilmiş enfeksiyonu ve enfeksiyon başlangıcının 3 aydan önceki dönemde olduğunu göstermekteydi.Hastaya 3 haftalık rovamisin 3 Miu 2x1 tedavisi başlandı. Hastanın postoperatif 10. ayında nüks izlenmemiştir.

Tartışma ve Sonuç

Parotis bezinde kitle ile başvuran hastalarda öncelikle primer parotis tümörleri olan; pleomorfik adenom, warthin tümörü, onkositoma ve daha az oranda da malign tümörler ayırıcı tanıda düşünülür. Anamnez, fizik muayene, radyolojik ultrasonografi (USG) ,magnetik rezonans (MR),bilgisayarlı tomografi (BT) ve patolojik incelemeler , ince iğne aspirasyon biyopsisi(İİAB) ve tru-cut biopsi bize tanıda ve operasyon kararında yardımcı olmaktadır. Ancak vakamızda olduğu gibi nadiren bu kitleler primer parotis tümörlerinden farklı patolojik özelliklerde ,enfeksiyonlara da bağlı olabilmektedir. Ayırıcı tanıda granülomatöz LAP yapan hastalıkları düşünmek gerekmektedir.Bunlar arasında tüberküloz, tularemi, kedi tırmığı hastalığı, tifo, bruselloz, veba, CMV, EBV,leishmaniozis, histoplazmoz, paracoccidioidomikozis sayılabilir [2]. Tüberküloz vücutta yaygın lenfadenopatiler (LAP) yapmakla birlikte, servikal bölgede genelde cilde ağzlaşan süpüratif lenfadenit yapmaktadır. Tularemi etkeni Francisella Tularensis olan, üsye benzeri bulguları takip eden genellikle tek taraflı ağrılı servikal lap ile bulgu veren bir hastalıktır.Birçok enfektif granülomatöz hastalıkta hepatosplenomegali ve sistemik semptomlar gözlenebilir [1]. Bizim hastamızda bu bulgular gözlenmemiştir.Parotid bölgedeki kitle haricinde bir bulgu saptanmamıştır.

Konjenital toxoplazmoziste spontan düşük,koryoretinit,serebral kalsifikasyon,mikrosefali,mental ve motor retardasyon, konjenital sağırılık görülebilirken, çocuklarda, hamile bayanlarda ya da erişkinlerde asemptomatik seyredilmektedir [5]. Lenf nodları daha çok servikal ve oksipital bölgeyi tutan, hassas ve süpüre olmayan lenf nodlarıdır. 4-6 haftada küçülebildiği gibi yıllarca da kalabilir [5].

Intraparotideal toksoplazmozis ile ilgili literatürde vaka sunumları vardır.1986'dan beri 18 vaka bildirilmiştir.

1989'da Laubert ve ark son 8 yılda 10 adet toxoplazmozisli hasta görmüşler, bunların 2'sinde parotis kitlesi saptamışlardır. Preoperatif yakalanan bu hastaları primetamin ve sülfonamid ile tedavi etmişler, opere etmemişlerdir[6]. Bu vakalarda olduğu gibi erken toxoplasma tanısı konulabilen hastalarda, tedavi olarak kullanılan primetaminin folik asit antagonisti olması nedeniyle folik asit desteği ile verilmesi uygun olacaktır. Ancak bizim vakamızda İİAB'de lenfoid dokuda toxoplasma tanısı konulmadığı için ve hastanın 3 aydır persistan parotis kitlesi olmasından dolayı cerrahiye hak ettiğini düşündük. Zaten kesin toxoplazmoziz tanısı için süperfisyal parotidektominin gerekli olduğu kanaatindeyiz. 2006'da Shashy ve ark.nın yaptığı vaka sunumunda parotideal kitle sebebiyle opere olan 2 hastada toxoplazmoziz'e bağlı lenfadenit görülmüştür [7]. 2007'de Hadi ve ark. yaptığı olgu sunumunda 1 tanesi preoperatif tanı konulan, 1 tanesi postoperatif tanı konulan 2 tane toxoplazmozis'e bağlı intraparotideal lenfadenitli vaka bildirmiştir[8]. Preoperatif toxoplazmaya bağlı intraparotid lenfadenit düşünülen hastaya medikal tedaviye yanıt alınmayınca süperfisyal parotidektomi uygulanmış ve sonuç toxoplasma lenfadeniti olarak rapor edilmiştir. Hastalar postoperatif rovamisin tedavisi almışlardır. Literatürde rapor edilen tüm vakalarda Laubert ve arkadaşları [6] haricinde operasyon uygulanmıştır [7-15]. Sarıtzalı ve ark. bunlara ek olarak opere ettiği ve sonucunda toxoplazmaya bağlı lenfadenit saptadığı hastasında IG G Avidite çalışmış ve düşük bulunmuştur [14]. Düşük avidite akut enfeksiyonu ve enfeksiyon başlangıcının son 3 ay içinde olduğunu gösterir. %100 sensitivitesi, %92,7 spesifitesi vardır [14]. Bizim hastamızda yüksek çıkan avidite değeri ile enfeksiyon başlangıcının 3 aydan daha önce olduğunu, hastanın kedi teması ya da iyi pişmemiş etlerden ağız yolu ile bu protozoa ile enfeste olduğunu düşündük. 2010 yılında Aydil ve ark. parotis kitlesi ile başvuran hastaya süperfisyal parotidektomi yapmışlar ve hastanın MR'ında diğer parotis bezinde de 1 cm' den küçük multipl lezyonlar saptamışlardır. Patoloji sonucu toxoplazmaya bağlı lenfadenit gelmesi üzerine hastaya 3 ay süreyle rovamisin tedavisi vermişlerdir [15]. Bizim hastamızda tek taraflı tek odak saptanmıştır. Biz rovamisin tedavisini 3 haftaya tamamladık. Toplamda 18 vakanın 3 tanesi ülkemizden yayınlanmıştır. Vakamız ülkemizde saptanan 4. olgudur.

Sonuç

Toksoplazmozis, toxoplazma gondii tarafından oluşturulan protozoal bir enfeksiyondur. Hastalık dünyanın her bölgesinde yaygındır ve en sık görülen klinik şekli yaygın veya bölgesel lenfadenopatidir. Ancak parotis kitlesi şeklinde ortaya çıkan toksoplazmozis literatürde oldukça nadir bildirilmiştir. Parotiste kitle saptanan ve İİAB şüpheli gelen hastalarda toxoplazmozis akılda tutulmalı, kedi ile temas yada az pişmiş et tüketimi ayrıntılı sorgulanmalı, preoperatif serolojik testler istenmelidir.

Kaynaklar

1. Tükürük Bezi Enfeksiyonları . Orhan YILMAZ. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. Güneş Kitabevleri, 1. Baskı, 2004. Ankara. sayfa 874-875.
2. Moloy Pj. Diagnosis of Inflammatory Disease in Cervical LymphNodes. Washington: American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery Foundation, Inc, 1987.
3. Zaharopoulos P. Demonstration of parasites in toxoplasmalymphadenitis by fine-needle aspiration cytology: report of twocases. Diagn Cytopathol 2000; 22:11-15.
4. Haholu A, Yıldırım Ş, Kuru ö, Ardıç N, Baloğlu H. Toksoplazma gondii lenfadenitinin sitolojik tanısı: Olgu sunumu. Türk Patoloji Dergisi 2006; 22:57-60.
5. Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. Lancet 2004; 363:1965-76
6. Laubert A, Laszig R, Flik J. Differential diagnosis of parotid tumors: toxoplasmosis lymphadenitis of the parotid gland. HNO. 1989 ;37(10):432-7.
7. Shashy RG, Pinheiro D, Olsen KD. Toxoplasmosis lymphadenitis presenting as a parotid mass: a report of 2 cases. Ear Nose Throat J. 2006 ;85(10):666-8.
8. Hadi U, Rameh C. Intraglandular toxoplasmosis of the parotid gland pre- or postoperative diagnosis? Am J Otolaryngol. 2007 ;28(3):201-4.

9. Moran WJ, Tom DW, King GD, Silverman ML. Toxoplasmosis lymphadenitis occurring in a parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;94:237-40.
10. Pittam M, Thomas JM. Diseases of the preauricular lymph nodes mimicking parotid tumours. *Br J Surg* 1987;74:1172-3
11. Imamoto C, Oosaki Y, Sakai E, Ikeda Y et al. Toxoplasmosis associated with a parotid tumor. A case report. *Nihon Naika Gakkai Zasshi*. 1989;78(3):434-5.
12. Akiner MN, Saatci MR, Yilmaz O, Erekul S. Intraglandular toxoplasmosis lymphadenitis of the parotid gland. *J Laryngol Otol* 1991;105:860-2
13. Nam IC, Cho YJ, Jun BC, Cho KJ. Toxoplasmic Lymphadenitis of the Head and Neck Region. *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg*. 2015;58(5):341-3
14. Saritzali G, Karaman E, Mercan H, Yagiz C, Ibrahimov M. Intraglandular toxoplasmic lymphadenitis of the parotid gland. *J Craniofac Surg*. 2009;20(4):1163-4.
15. Aydil U, Ozcelik T, Kutluay L. Toxoplasmosis lymphadenitis mimicking a parotid mass. *KulakBurun Bogaz Ihtis Derg*. 2010 ;20(2):97-9.

Sunum Bilgisi

POSTER (38. ULUSAL KBB KONGRESİ)