

# PAROTİS TÜMÖRLERİNE YAKLAŞIM

Sedat AYDIN, Alev Zeynep OKTAY, Mustafa PAKSOY, Mehmet EKEN, Arif ŞANLI, Sermin KİBAR

*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği*

Bu çalışmada, parotis kaynaklı tümörlerin anatomik ve histopatolojik dağılımının yanı sıra tedavi yaklaşımından elde ettiğimiz sonuçlar sunuldu. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB kliniğinde 2001 ile 2008 tarihleri arasında parotis cerrahisi uygulanan 52 hastanın kayıtları geriye dönük olarak gözden geçirildi. Yaş, cinsiyet, klinik belirti ve bulgular, histopatolojik tanı, komplikasyonlar, tümör evresi ve prognoz gibi bilgiler değerlendirildi. Yirmi üçü kadın, 29'u erkek yaş aralığı 15-77 arasında değişen, 52 parotis cerrahisi uygulanan hastanın 6'sında kronik enflamatuvar hastalık 41'inde benign, 5'inde malign tümör mevcuttu. Malign tümörlü hastalara ve derin lob yerleşimli benign patolojiye sahip hastalara total, diğer hastalara yüzeysel parotidektomi uygulandı. Malign tümörlü hastalara ayrıca boyun diseksiyonu ve kemoradyoterapi gibi tedavi modaliteleri de eklendi. Tükürük bezi tümörlerinin ameliyat öncesi değerlendirilmesinde ince iğne aspirasyon biyopsisi önemli yer tutmaktadır. Yüzeysel parotidektomi halen seçkin tedavi olarak yerini korumaktadır. N0, M0 boyunlarda elektif boyun diseksiyonu halen tartışmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Parotis; pleomorfik adenom; tükürük bezi tümörleri.

## APPROACH TO PAROTID GLAND TUMORS

*In this study, we present our results about the distribution of the anatomic and histopathological properties of parotid gland tumors and the treatment modalities of these tumors. Fifty-two parotid tumor patients who underwent parotid gland surgery between November 2001 - September 2008 at Dr. Lutfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital 2nd Ear, Nose and Throat (ENT) clinic were included in this study. Age, sex, clinical signs and symptoms, histopathological diagnosis, complications, tumor stage, and prognosis of these 52 patients were evaluated retrospectively. Histopathological results of 23 female and 29 male patients aged between 15-77 years who underwent parotid gland surgery for parotid gland mass demonstrated 6 chronic inflammatory disease, 41 benign tumor and 5 malignant tumor. We performed total parotidectomy for patients with malignant tumor or benign tumor localized in the deep lobe and superficial parotidectomy for the others. For some of the malignant tumors, additional treatment modalities were applied, such as neck dissection and chemoradiotherapy. Fine needle aspiration biopsy is a helpful and important diagnostic technique in preoperative evaluation. Superficial parotidectomy is still the preferred treatment modality in most parotid gland tumors, and neck dissection is controversial in N0 and M0 patients.*

**Key Words:** Parotid gland; pleomorphic adenoma; salivary gland tumors.

**Başvuru tarihi:** 15.1.2008 **Kabul tarihi:** 9.6.2008

**İletişim:** Dr. Alev Zeynep Oktay, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

**Tel:** +90 - 216 - 441 39 00 / 1531 **e-posta:** alevoktay@hotmail.com

Tüm neoplazmların %3'ünü, baş-boyun tümörlerinin ise %5-10'unu oluşturan tükrük bezi tümörleri en sık 20-60 yaşlarında görülürler. Bu neoplazmların %80-85'i parotis bezinden kaynaklanıp bunların %25'i malign yapıdadır. Tümörün malignitesi bezin büyüklüğü ile ters orantılıdır. Pleomorfik adenom tüm tükrük bezi tümörlerinin %65'ini oluşturur ve sıklıkla parotis bezinden gelişir. Mukoepidermoid karsinom ise en sık rastlanan malign tükrük bezi tümörüdür.<sup>[1-3]</sup> Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) tümörün lokal yayılımının değerlendirmesinde kullanıldığı tanısalla yaklaşımda ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) önemli bir yer tutar.<sup>[4]</sup>

Bu çalışmada, kliniğimize parotiste kitle ile gelen toplam 52 hastanın histopatolojik raporları ve uygulanan tedavi yöntemleri analiz edilerek literatür bilgisi ile sunuldu.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 2001 ile Temmuz 2008 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniğine parotiste kitle şikayetiyle başvuran 29'u erkek (%55,7), 23'ü kadın (%44,3), toplam 52 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların kayıtları geriye dönük olarak gözden geçirilerek, hastalara uygulanan tedavi, histopatolojik tanı, yaş, cinsiyet, tümör tipi ve yerleşimi açısından değerlendirildi. Tüm hastalar 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen histolojik sınıflandırmaya göre gruplandırıldı.<sup>[5]</sup>

## BULGULAR

Hastaların 47'si (%90,4) benign, 5'i (%9,6) malign histopatolojiye sahipti. Bunların 23'ü kadın, 29'u erkek olup, benign histopatoloji sıklığı erkeklerde (K/E: 0,67/1), malign histopatoloji sıklığı ise kadınlarda (K/E: 4/1) daha yüksek olarak izlendi.

Hastalar 15-80 yaşları arasında olup, ortalama yaş benign grupta 44,4, malign grupta ise 68,2 yıl şeklindeydi. Kitle yerleşimi sağ tarafta 24, sol tarafta ise 28 şeklinde olup bunların 41 tanesi yüzeysel parotis lobundan, 11'i ise derin lobdan kaynaklanıyordu. Benign kitleler hastanın başvurusu

esnasında 1 ay-18 yıl boyunca mevcut iken, malign kitlelerin tedaviye kadar olan süresi 4 ay-3 yıl arasında değişmekteydi. Benign histopatolojiye sahip hastalardan 3'ü başka bir merkezde uygulanan yetersiz primer cerrahi eksizyon sonrasında gelişen nüks ile başvurdu. Bu hastalara tamamlayıcı parotidektomi uygulandı. Adenokarsinom ve invaziv duktal karsinom tanısı alan iki hasta aynı şekilde yetersiz tedavi sonrasında kliniğimize nüks nedeniyle başvurdu. Bu hastalara da radikal parotidektomi ve evrelerine göre supraomohyoid ya da radikal boyun diseksiyonu ameliyatı uygulanmış olup, halen takiplerinde nüks izlenmemiştir.

Elli iki hastanın 5'i (%9,6) malign, 41'i (%78,8) benign, 6'sı (%11,6) non-neoplazik histopatolojik tanıya sahipti. Kırk yedi benign histopatoloji gösteren vakanın 34'ü (%72,3) pleomorfik adenom, 6'sı (%12,7) Warthin tümörü, 1'i (%2,1) onkositom, 3'ü (%6,3) lipom, 1'i (%2,1) sarkoidoz, 2'si ise (%4,5) non-spesifik enflamatuvar parotis hastalığı olarak dağılmaktaydı.

Tümör benzeri benign lezyonların ameliyat öncesi İİAB sonuçlarının tümör ön tanısı göstermekte olması nedeniyle hastalara cerrahi girişim uygulanmıştır. Malign histopatolojiye sahip 5 hastanın 2'si (%40) skuamöz hücreli karsinom, 1'i (%20) adenokarsinom, 1'i (%20) invaziv duktal karsinom, 1'i (%20) mukoepidermoid karsinom şeklinde dağılmaktaydı. Parotiste kitle nedeniyle parotidektomi uygulanan 52 hastanın dağılımına baktığımızda, hastaların 37'sine (%71,3) yüzeysel parotidektomi, 12'sine (%23) total parotidektomi, 3'üne ise (%5,7) radikal parotidektomi uygulanmıştır.

Hastaların hiçbirinde ameliyat öncesi fasiyal paralizi mevcut olmayıp, total parotidektomi uygulanan hastaların 2'sinde (%3,8), yüzeysel parotidektomi uygulanan hastaların 1'inde (%1,9), geçici fasiyal paralizi, radikal parotidektomi uygulananların 2'sinde (%3,8) kalıcı fasiyal paralizi izlenmiştir (Tablo I).

## TARTIŞMA

Tükrük bezi tümörleri sıklıkla 30-70 yaşları arasında görülmektedir.<sup>[6]</sup> Baş-boyun tümörlerinin

**Tablo 1.** Benign ve malign parotis tümörlerinin karşılaştırılması.

	Benign	Malign
Hasta sayısı	47	5
Kadın / Erkek	19 / 28	4 / 1
Yaş (yıl)	15-80 (44,4)	53-80 (68,2)
Sağ / Sol	23 / 24	1 / 4
Yüzeysel / Derin	36 / 11	5 / -
Süre (ay)	1-216	4-36
Nüks	3	2

%3-5'ini oluştururlar.<sup>[7]</sup> Ülkemizde Kaya ve ark.<sup>[8]</sup> 24 yıllık bir süreyi ve 16 yaşın altındaki 22 olguyu içine alan çalışmalarında bu oran %5,3 olarak bulunmuştur. Ayrıca, Çankaya ve ark.<sup>[9]</sup> ise yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını tüm tümörlerde 41,3, benign tümörlerde 36,7 ve malign tümörlerde 46 olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması benign tümörlerde 44,4 ve malign tümörlerde 68,2 olarak bulunmuştur.

Literatürde tüm tükrük bezi tümörlerinde kadın/erkek oranı 1,6:1-1,9:1 arasında bildirilmiştir.<sup>[10,11]</sup> Ülkemizde ise Şenvar ve ark.<sup>[12]</sup> çalışmasında bu oran 3,14:1; Özeri ve ark.<sup>[7]</sup> çalışmasında 2,17:1 bulunmuştur. Olgularımızda ise benign tükrük bezi tümörlerine kadın/erkek oranı 0,7/1 iken malign tümörlerde bu oran 4/1 olarak izlenmiştir.

Parotis bezi tükrük bezleri içinde en büyüğü ve en sık patolojinin görüldüğü bezdir. Parotis bezinde en sık görülen benign tümör pleomorfik adenomdur.<sup>[13]</sup> Tüm tükrük bezi tümörlerinin %65'ini oluşturur.<sup>[14]</sup> Pinkstone ve Cole'un<sup>[15]</sup> çalışmasında pleomorfik adenom parotis benign tümörlerinin %62,4'ünü oluştururken, Özeri ve ark.<sup>[7]</sup> bu oranı %90, Gök ve ark.<sup>[16]</sup> %78,8, Yılmaz ve ark.<sup>[17]</sup> %61 olarak bulmuşlardır. Bizim olgularımız içinde de en sık görülen benign tümör pleomorfik adenomdu (%72,3).

Parotis bezinin ikinci en sık görülen benign tümörü Warthin tümörüdür; tüm parotis tümörlerinin %6-10'unu oluşturur.<sup>[18]</sup> Gök ve ark.<sup>[16]</sup> yaptığı çalışmada parotis bezinde Warthin tümörü sıklığı %9, Yılmaz ve ark.<sup>[17]</sup> yaptığı çalışmada ise %11,8 olarak bildirilmiştir. Warthin tümörü sıklı-

ğını literatürdeki diğer çalışmalara oranla daha yüksek olarak (%23) bildiren çalışmalar da mevcuttur.<sup>[13]</sup> Bizim çalışmamızda ise bu oran %12,7 olarak bulunmuştur.

Muenschler ve ark.<sup>[19]</sup> yaptıkları 549 tükrük bezi tümörünün geriye dönük analizini içeren çalışmada, vakaların 104 tanesinin enflamatuvar patolojiye sahip olduğu bildirilmiş olup radyolojik ve klinik olarak enflamatuvar hastalıkların çoğunlukla ayırt edilebilmesine karşın bazen solid tümörlerden ayrımları için biyopsi amaçlı cerrahi gerekebileceği belirtilmiştir. Yine parotis tümörleri ile ilgili başka bir çalışmada ise bu oran benign tümörlerin %3'ü olarak bildirilmiştir.<sup>[13]</sup> Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, altı hastada ameliyat öncesi incelemeler sonucu tümör ön tanısı nedeniyle cerrahi girişim uygulanmış olup, kesin histopatolojik tanı bunu doğrulamayarak enflamatuvar hastalık olarak gelmiştir.

Parotis bezinin en sık görülen malign tümörü mukoepidermoid karsinomdur.<sup>[2]</sup> Lima ve ark.<sup>[20]</sup> çalışmalarında mukoepidermoid karsinom sıklığını %31,7 olarak belirtirken, Yılmaz ve ark.<sup>[17]</sup> bu oranı %29,7, Çankaya ve ark.<sup>[9]</sup> %13,3 olarak belirtmişlerdir. Bizim hastalarımızdan 1'inde (%20) mukoepidermoid karsinom izlenirken, skuamöz hücreli karsinom 2 hastada (%40) izlenmiştir; literatür bilgilerinden farklılık göstermesinin nedeni olarak olgu sayımızın yeterince yüksek olmaması söylenebilir. Adenokarsinom ise tüm tükrük bezi tümörlerinin %1'inden azını oluşturup minör tükrük bezlerinde daha sık görülmektedir.<sup>[18]</sup> Lima ve ark.<sup>[20]</sup> bu oranı %14,3, Yılmaz ve ark.<sup>[17]</sup> ise %2,5 olarak belirtirken bizim hastalarımızdan 1'inde (%20) adenokarsinom izlenmiştir.

Tükrük bezi tümörlerinde tedavi yaklaşımı tümörün büyüklüğü, lokal yayılımı, histopatolojisi, lenf nodu tutulumu ve evresine göre şekillenir. Parotise ait benign tümörlerde, tümör daha çok parotis kuyruğunda yerleşimli olduğundan süperfisiyal parotidektomi en çok kullanılan tekniktir. Tümörün derin lobu tuttuğu olgularda ise total parotidektomi tercih edilen tedavi modalitesidir. Parotidektomi sonrası fasiyal sinirde paralişi gelişme insidansının %20-40 arasında değiştiği ve iskemik patolojilere artan meyil nedeniyle ile-

ri yaşla birlikte korelasyon gösterdiği bildirilmiştir.<sup>[21-23]</sup> Hastalarımızdan 37'sine (%71,3) yüzeysel yerleşimli tümör nedeniyle yüzeysel parotidektomi, 12'sine (%23) derin lob yerleşimli tümör nedeniyle total parotidektomi, 3'üne ise (%5,7) fasiyal sinir ile ayrımı yapılamayan ve malign histopatoloji nedeniyle radikal parotidektomi uygulanmıştır. Vakalarımızdan total parotidektomi uygulanan hastaların 2'sinde (%3,8), yüzeysel parotidektomi uygulanan hastaların 1'inde (%1,9) geçici fasiyal paralizi radikal parotidektomi uygulananların 2'sinde (%3,8) ise kalıcı fasiyal paralizi izlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, 41 malign tükürük bezi tümürlü vakanın 4'ünde kalıcı fasiyal paralizi, %30'unda ise geçici fasiyal disfonksiyon bildirilmiştir.<sup>[24]</sup> Vakalarımızda fasiyal paralizi gelişme insidansının düşüklüğünün, nükseden tümör ve malign derin lob yerleşimli tümör olgu sayımızın düşük olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Malign histopatolojiye sahip hastaların boyun tedavisinde klinik olarak belirgin metastaz mevcut ise primer tümörün rezeksiyonu ile birlikte boyun diseksiyonu yapılır. Klinik olarak N0 boyun tedavisi ise tartışmalıdır. Buna karşın yapılan çalışmalara bakıldığında ilerlemiş hastalık (T3-T4) ve yüksek evreli tümörlerin varlığı gizli metastazları göstermede yüksek anlam taşımaktadır. Bu nedenle bu hastalara elektif boyun diseksiyonu yapılması önerilmiştir. Bunun aksine tükürük bezinin düşük dereceli maligniteleri için elektif boyun diseksiyonu önerilmemektedir.<sup>[25]</sup> Bizim çalışmamızda, skuamöz hücreli karsinom olan 2 vakanın 1 tanesi evre 3, diğeri ise evre 4 olup her iki hastaya da radikal boyun diseksiyonu uygulandı; adenokarsinom olan vakamız, düşük grade evre 1 olup supraomohyoid boyun diseksiyonu uygulandı; invaziv duktal karsinom vakamız evre 2 olup radikal boyun diseksiyonu uygulandı; mukoepidermoid karsinom vakamız ise düşük grade evre 1 olup supraomohyoid boyun diseksiyonu uygulandı. Skuamöz hücreli karsinom tanısı alan evre 3 ve evre 4 olan iki hastaya da radyoterapi uygulandı.

Tükürük bezi tümörleri klinik pratikte diğer baş-boyun tümörlerine göre az görülmesinin dışında bu tip tümörlere estetik ve plastik cerrahi ve genel cerrahi uzmanlarının da ilgi göstermesi nedeniyle

vaka sayımız hastanemizin 3. basamak bir merkez olmasına karşın sınırlı kalmaktadır. Ancak, 2001-2008 yılları arasında başvuran hastalarımıza uyguladığımız tedavi yaklaşımları literatürdeki serilerle uyumlu bulunmaktadır. Parotis bezi benign tümörlerinin tedavisinde artık daha sınırlı cerrahiler tartışılırken biz vakalarımızda minimal cerrahi olarak süperfisyel parotidektomiye, malign histopatolojiye sahip hastalarımızda ise süperfisyel, total ya da radikal parotidektomi yaklaşımlarından uygun olanı tercih etmekteyiz. Gerekli olgularda ise boyun diseksiyonu ve kemoradyoterapi ile tedavi kombine edilmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Çuhruk Ç, Saatçi MR, Demireller A, Vural E. Parotis malign tümörleri hakkındaki klinik gözlemlerimiz ve tedavi prensiplerimiz. *Türk Arch Otolaryngol* 1995;33:212-2.
2. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Cancer of the parotid gland. A clinicopathologic study of 288 primary cases. *Am J Surg* 1975;130(4):452-9.
3. Kane WJ, McCaffrey TV, Olsen KD, Lewis JE. Primary parotid malignancies. A clinical and pathologic review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117(3):307-15.
4. Suen JY, Snyderman N. Benign neoplasms of the salivary glands. In: Cummings CW, Fredrick JM, Harker LA, Schüller DE, editors. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2nd ed. Chapter 61, Missouri: Mosby-Year Book Inc.; 1991. p. 1029-42.
5. Baines L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, (eds). *Pathology and genetics of head and neck tumours*. Kleihues R, Sobim LH, series editors. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon: IARC Press; 2005. p. 209-81.
6. Shaheen OH. Benign salivary gland tumors. In: Hibbert J, editor. *Scott Browns otolaryngology*. Vol. 5, 6th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997. p. 1-180.
7. Özeri C, Ünver Ş, Samim E, Eryılmaz A. Tükürük bezi tümörleri. *Türk ORL Arşivi* 1990;29:173-5.
8. Kaya S, Ataman M, Ergi T. Çocukluk çağı tükürük bezi tümörleri. *Türk ORL Arşivi* 1993;31:92-5.
9. Çankaya H, Egeli E, Kırış M, Kutluhan A. Tükürük bezi tümörleri. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 2001;3:17-23.
10. Gleeson M. Malignant salivary gland tumors. In: Hibbert J, editor. *Scott Browns otolaryngology*. 6th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997. p. 1-15.
11. Subhashraj K. Salivary gland tumors: a single institution experience in India. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46(8):635-8.

12. Şenvar A, Özden A, Demir A. Tükrük bezi tümörlerinde tedavi prensiplerimiz ve kliniğimizin sonuçları. *Türk ORL Arşivi* 1990;28:229-31.
13. Lin CC, Tsai MH, Huang CC, Hua CH, Tseng HC, Huang ST. Parotid tumors: a 10-year experience. *Am J Otolaryngol* 2008;29(2):94-100.
14. Buchman C, Stringer SP, Mendenhall WM, Parsons JT, Jordan JR, Cassisi NJ. Pleomorphic adenoma: effect of tumor spill and inadequate resection on tumor recurrence. *Laryngoscope*. 1994;104(10):1231-4.
15. Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120(6):834-40.
16. Gök Ü, Yalçın Ş, Kaygusuz İ, Keleş E, Çetinkaya T, Alpay HC. Tükrük bezi kitleleri: 112 olgunun analizi. *Türk Arch Otolaryngol* 2001;39:104-8.
17. Yılmaz T, Ünal ÖF, Saraç S, Yücel ÖT, Önerci M, Sözeri B, ve ark. Parotis bezi tümörleri: 593 olguluk deneyim. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2000;8:33-9.
18. Kaya S. Tükrük bezi hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997.
19. Muenscher A, Diegel T, Jaehne M, Ussmüller J, Koops S, Sanchez-Hanke M. Benign and malignant salivary gland diseases in children A retrospective study of 549 cases from the Salivary Gland Registry, Hamburg. *Auris Nasus Larynx* 2009;36(3):326-31.
20. Lima RA, Tavares MR, Dias FL, Kligerman J, Nascimento MF, Barbosa MM, et al. Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;133(5):702-8.
21. Rodriguez-Bigas MA, Sako K, Razack MS, Shedd DP, Bakamjian VY. Benign parotid tumors: a 24-year experience. *J Surg Oncol* 1991;46(3):159-61.
22. Owen ER, Banerjee AK, Kissin M, Kark AE. Complications of parotid surgery: the need for selectivity. *Br J Surg* 1989;76(10):1034-5.
23. Mra Z, Komisar A, Blaugrund SM. Functional facial nerve weakness after surgery for benign parotid tumors: a multivariate statistical analysis. *Head Neck* 1993;15(2):147-52.
24. Ansari MH. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(11):2187-94.
25. Hanna EYN, Suen JY. Malignant tumors of the salivary glands. In: Myers EN, Suen JY, Myers JN, Hanna EYN, editors. *Cancer of the head and neck*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 475-510.