

OLGU SUNUMU

LARENKSİN MİNÖR TÜKRÜK BEZİ ORJİNİLİ DUKTAL KARSİNOMU

**SALIVARY DUCT CARCINOMA ORIGINATING FROM MINOR
SALIVARY GLANDS OF LARYNX**

Dr. İstemihan AKIN (*), Dr. Figen ERDAL (), Dr. Ünsal HAN (**)
Dr. Ahmet ŞENTÜRK (*), Dr. Mehmet ŞAHAN (*)**

ÖZET: Tüm epitelial malign tümörlerin içinde non-skuamöz kanserlerin larenksde görülme sıklıkları % 1'den daha azdır. İntakt bir mukoza altında ve larenksin serömüsünöz bez yapılarından gelişirler. Literatürde bildirilen larengel malign tükrük bezi tümörleri içinde en sık görüleni adenoid kistik karsinomlardır. Adenokarsinomalar çok daha az görülürler. Minör tükrük bezi yapılarından kaynaklanan duktal karsinoma ise çok ender görülebilen bir malign tümördür. Bu olguda larenksde görülen bir tükrük bezi duktal karsinoması olgusunu sunmaktayız.

Anahtar Sözcükler: Tükrük bezi duktal karsinomu, larenks.

SUMMARY: Laryngeal nonsquamous carcinomas constitute less than 1% of all epithelial malignancies of the larynx. They grow under an intact mucosa and originate from seromucous glands of the larynx. Adenoid cystic carcinoma is reported to be the most prevalent of malignant salivary glands of larynx in the literature. Adenocarcinoma makes a rarer part. Salivary duct carcinoma which is originating from minor salivary glands is the rarest of this group. In this article a laryngeal salivary duct carcinoma is reported.

Key Words: Salivary duct carcinoma, larynx.

GİRİŞ

Tükrük bezi tümörlerinin ayrı bir alt grubu olan duktal karsinoma, literatürde yakın dönemlerde tanımlanmış bir tümördür (3,8). Bu tümör tükrük bezi tümörleri içinde nadir rastlanan bir grubu oluşturmakta ve hakkında literatürde çok sınırlı bilgiye rastlanmaktadır. Esas görüldüğü yer parotis bezidir. Daha nadir olarak submandibuler bez, dil ve oral kavitenin değişik yerlerinde bildirilmişlerdir. Larenksde yerleşim gösteren duktal karsinomaya literatür taramalarında bir olguda rastlandı (7).

Tükrük bezi duktal karsinomalarının oldukça agresif seyreden lenfatik ve hematogen yayılım yapabilen tipleri olduğu gibi, daha yavaş seyreden tipleri de vardır (6,10). Bu tümör histopatolojik olarak memenin infiltratif duktal karsinomuna ve prostatik karsinomlarına benzerlik göstermektedir (3).

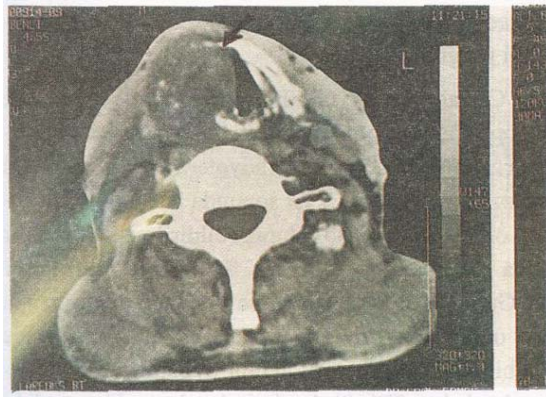
OLGU SUNUMU

69 yaşındaki erkek hasta, 5 aydır progresif olarak devam eden ses kısıklığı ve sağ boyunda kitle şikayeti ile Şubat 1994'de Ankara SSK Eğitim Hastanesi 1. KBB Polikliniği'ne başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde otoskopi, anterior, posterior rinoskopi ve orofarenks normaldi. İndirek larengoskopide sağ band ventrikülü dolduran, önde ön komissüre, arkada aritenoid uzanarak kord vokalde ödem ve fikasyona neden olan, alttaki oluşumların görülmesini engelleyen, yüzey mukozası doğal görünümülü tümefaksiyon izleniyordu. Boyun muayenesinde sağda tiroid kartilaj üst hizasından başlayıp alt hizasına kadar uzanan, orta hattı sola doğru 0.5 cm. geçen, ciltte fiksasyon yapmamış fakat alt dokulara fikse, ağrısız 4x5x3 cm. boyutlarında kitle mevcuttu. Sağda ve solda ele gelen servikal lenadenopatiye rastlanmadı. Larenks kompüterize tomografisinin hyoid kemik düzleminden sonraki aksial kesitlerinde sağ paralarengel mesafeyi dolduran, sağ piriform sinüsü ve sağ band ventrikülü

(*) SSK Ankara Eğitim Hastanesi I. KBB Kliniği

(**) SSK Ankara Eğitim Hast. Pataloji Kliniği - ANKARA

iterек larenks ventrikülünü infiltrе eden, kontrastla belirgin boyanan, kısmen konturu seçilebilen 33x42x50 mm. boyutlarında solid kitle imajı izleniyordu. Kitlenin posterior kommissür bölgesini infiltrе ettiği, tiroid kartilajın sağ laminasını destrükte ederek extralarengeal yumuşak dokulara infiltrе olduğu belirgindi (Resim 1). Süspansiyon laren-goskopi ile alınan biopsinin tükrük bezi duktal karsinomu gelmesi üzerine hastaya total larenjektomi yapıldı (Resim 2).



Resim 1: Egzofitik gelişen tümörün tiroid kartilaj invazyonunu gösteren BT kesiti



Resim 2: Larengeal spesimde intak mukozanın görünümü



Resim 3: Tümöral duktal yapılar ve santral komedonekrozun görünümü, HEx20

Raporda minör tükrük bez yapıları arasında küçük odaklar oluşturan, geniş sitoplazmalı, oval ve yuvarlak nukleuslu, yer yer mitoz gösteren hücrelerden ibaret solid topluluklardan bahsedilmekteydi. Merkezleri nekroz ve cribriform adenoid yapılar içermekteydi. Patolojik preparatlar bir başka merkezde incelenerek tanınım doğruluğu onaylanmış oldu. Hasta postoperatif dönemi sorunsuz geçirdikten sonra ses protezi takılarak taburcu edildi. Takiben hastaya 6000 Rad radyoterapi uygulandı. Hasta postoperatif 3. yılını doldurduğunda nüks veya metastazı yoktu.

TARTIŞMA

Majör ve minör tükrük bezlerinin duktal karsinomları non-skuamöz karsinomlar içinde nadir görülen bir grubu oluşturmaktadırlar (1). İlk defa Kleinsasser ve arkadaşları tarafından 1968 yılında tarif edildiklerinden bu yana literatürde rastlanan vaka sayısı 50 civarındadır (10). Genellikle parotis bezinde görülürler (2,3,8). Bu yerleşim dışında dil (4), bukkal vestibulum (9), submandiler bez (10) ve larenks (7) bildirilmişlerdir.

Sıklıkla 50-60 yaş grubunda daha çok erkeklerde görülürler. Tükrük bezi duktal karsinomlarının mukus üreten epitelial ve myoepitelial hücreler içermeleri, cribriform adenoid yapıları ve santral komedonekroz ile karakteristik histopatolojik yapıları vardır. Bu özelliklerine ile adenokarsinomlardan ve

diğer non-skuamöz kanserlerden ayrılırlar (2,7,8). Tükruk bezi malign tümörlerinin ayrı bir alt grubu olarak tanımlanmışlardır (5).

Tümör hemen hemen az diferansiye ve hiperkromatik nükleuslu, üniform, malign proliferasyon gösteren epiteloid hücrelerin oluşturduğu geniş duktuslardan oluşmaktadır. Duktusların bir çoğunda memenin komedokarsinomuna benzer özellikler gösteren keskin sınırlı nekroz alanları izlenir (7).

Tükruk bezi duktal karsinomu üç ayrı histolojik patern gösterir. Bunlar kribriform, papiller ve belirgin santral nekroz gösteren tiplerdir. Bir tümörde birden fazla patern bir arada bulunabilir. Belirgin intraduktal komponentin bulunması bu tümörü diğer tükruk bezi tümörlerinden ayırmaktadır (3,8,10). Duktal karsinomların diğer tükruk bezi tümörlerinden ayırıcı özelliği yuvarlak epitelial ağlar ve santral komedonekrozdur. Ayrıca tanıda eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşmuş veya papiller yapıda lümenleri olan tükruk bezi tümörleri düşünülmelidir. Bunlar adenopapifler karsinoma, mukoepidermoid karsinoma, asinik hücreli karsinoma, malign onkositoma ve terminal duktal karsinomadır (1,8,10).

Boyun lenfatiklerine yayılımın %72 oranında görüldüğü bildirilmiştir (2). Uzak metastaz ve nüks görülme olasılıkları bu konuda detaylı bir çalışma yapmış olan Brandwein ve arkadaşları tarafından sırasıyla % 54 ve % 45 olarak bildirilmiştir (2).

Duktal karsinomların uzak metastazları sıklıkla akciğer, kemik ve beyine olmaktadır (3).Tükruk bezi duktal karsinolarının meme ve prostatın duktal karsinomlarıyla olan morfolojik benzerliklerinden dolayı, bu hastalarda tanıyı koymadan önce meme veya prostat karsinom metastazının ekarte edilmesi gerekmektedir (3). Larengeal non-skuamöz kanserler larenksde görülen epitelial kanserlerin % 1'inden daha az bir ensidansa sahiptirler (1). Larengeal non-skuamöz kanserlerin tanı anındaki semptomları lezyonun yerleşimine ve boyutuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Supraglottik tümörler için disfaji, boğazda yabancı cisim hissi, ağrı ve ses kısıklığı baskınken, subglottik olanlarda solunum yolu tıkanıklıkları ön plandadır. Mukoza genellikle ülser değildir. Bu şekilde alttan itilme ile tümeftaksiyon görülen tümörlerde minör tükruk bezlerine ait bir patoloji akla gelmelidir. Vokal kordların tükruk bez yapıları içermemelerinden dolayı bu tümörler supraglottik ve subglottik yer-

leşimlidirler. Adenokistik karsinomların yaklaşık 2/3'ü subglottik yerleşim göstermelerine rağmen, diğer non-skuamöz karsinomlar nadiren subglottiktirler (1).

Literatür taramasında rastladığımız bir adet larengeal duktal karsinom olgusu vardı (7). Sol ariepiglottik kıvrım, aritenoid ve piriform sinüsü tutan ve sol latero-servikal bölgede lenfadenopatisi olan hastaya sol radikal boyun disseksiyonu ile larengofarenjektomi yapılmıştı. Histopatolojik inceleme sonucu tükruk bezi duktal karsinomu tanısı konan hastanın boyun lenf nodlarının metastatik olmadığı bildirilmişti. Bu sonuç bizim sunduğumuz olgu ile benzerlik göstermektedir. Farklı olarak biz hastayı postoperatif radyoterapi programına aldık.

Cerrahi olarak tümörün temizlenmesi lokal ve lokoregional hastalıklar için uygulanan tedavi yöntemidir. Kombine cerrahi ve radyoterapinin kullanıldığı durumlarda ortalama 3 yıl sonunda hastalıklardan dolayı ölüm oranı %45 olarak bildirilmiştir (2). Bir başka çalışmada ise bu oran %73 olarak verilmiştir (3). Garland ve arkadaşları ise tümörün ölüm oranını %65 olarak bildirirken hayatta kalanların hepsinde kombine cerrahi ve radyoterapi uygulandığını vurgulamaktadırlar. Tükruk bezlerinden kaynaklanan duktal karsinomların 10 yıllık hayatta kalma oranları %55 olarak bildirilmiştir (2).

Larenksdeki olguların azlığı nedeniyle istatistiksel bilgi elde etme olanağımız olmadı. Bu ender rastlanan tümörün biyolojisi hakkında bilgi sahibi olabilmek için daha fazla olgunun yayınlanması ile gelecekteki çalışmalara bağlıdır.

Yazışma Adresi: Dr. İstemihan AKIN
SSK Ankara Eğitim
Hastanesi I. KBB
Kliniği Dışkapı/
ANKARA

KAYNAKLAR

1. BATSAKIS JG, LUNA MA, EL-NAGGAR AG.; Nonsquamous carcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinal Laryngol*, 101:1024-1026, 1992.
2. BRANDWEIN MS, JADIGAR J, PATIL J: Salivary duct carcinoma. *Cancer*, 65: 2307-2314, 1990.
3. CHEN KTK, HAFEZ GR: Infiltrating salivary duct carcinoma. *Arch Otolaryngol*, 107: 37-39. 1981.
4. CHEN KTK: Intraductal carcinoma of the minor salivary gland. *The Journal of Laryngology and Otology*, 97:189-191,1983.
5. ELLIS GL, AUCLAIR PL: Classification of salivary gland neoplasms. Ellis GL, Auclair PL, Grepp DR (Eds): *Surgical Pathology of the Salivary Glands*. WB Saunders Company. Philadelphia, 1991. pp 129-134.
6. PAYEMI AO, TOKER C: Salivary duct carcinoma. *Arch Otolaryngol*, 99; 366-368, 1974.
7. FERLITO A, GALEN N, HVALA H: Laryngeal salivary duct carcinoma. *J Laryngol Otol*, 95: 731-738, 1981.
8. GARLAND TA, INNES DJ, FECHNER RE: Salivary duct carcinoma. *Am J Clin Pathol*, 81: 436-441,1984
9. PESCE C, COLACINO R, BUFFA P: Duct carcinoma of the minor salivary glands: A case report. *The Journal of Laryngology and Otology*, 100: 611-613, 1986.
10. ZOHAR Y, SHEM-TOX Y, GAL R: Salivary duct carcinoma in major and minor salivary glands. *J Cranio-Max Fac Surg*, 16: 320-323, 1978.