

PAROTİS BEZİNİN METASTATİK TÜMÖRLERİ

METASTATIC MALIGNANCIES OF PAROTID GLAND

Dr. Mustafa TÜZ (*), Dr. Onur ÇETİN (), Dr. Mehmet TURANLI (**),
Dr. Mehmet TAŞEL (**), Dr. Gülderen UGAN (**)**

ÖZET: Parotis bezinin metastatik tümörleri çok nadir görülürler. Büyük çoğunluğu baş boyun bölgesi primer tümörlerinden kaynaklanırlar. Bu çalışmada parotis bezinde metastatik tümör tespit edilen 10 olgunun primer lezyon lokalizasyonları, histopatolojik tanıları, uygulanan tedavileri tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Parotis bezi metastatik tümörler

SUMMARY: Metastatic tumors of the parotid gland are rarely seen. Great majority of them arise from primary tumors of the head and neck region. In this study, primary lesion localizations, histopathologic diagnosis and managements of 10 cases with parotid gland metastatic tumor were discussed.

Key Words: Parotid gland, metastatic tumors

GİRİŞ

Tükrük bezi tümörleri baş boyun bölgesi tümörlerinin % 1' ini oluşturmaktadır. Parotis tümörleri tüm tükrük bezi tümörlerinin % 70 - 80'ini oluşturur. Parotis tümörlerinin % 80'i benign, % 20'si maligndir (16). Parotisin metastatik tümörleri ise nadirdir. Hemen hepsinde primer tümör baş boyun bölgesindedir (8).

Üst boyun bölgesindeki toplam lenf nodu sayısı 75 olup, bunların % 40'ı (yaklaşık 30'u) parotis bezi ile komşudur (13). Parotis bezi lenfatikleri eksternal (ekstraglandular) ve internal (intraglandular) olmak üzere iki gruptur, çok çeşitli ara bağlantılar mevcuttur ve her iki grup lenfatik de tümör invazyonundan ve metastazından etkilenebilir (6,13). Lenfatik drenaj özellikle superior derin jugular bölgede parotis yüzeysel lobu komşuluğunda yoğunlaşır (9,13). Saçlı deri, alın, şakak, sayvan ve çevresinin yassı epitel hücreli karsinomlarında, paraparotid, intraparotid nodlarda metastaz görülür, ektranodal yayılım sonucunda parotis bezi tutulumu ortaya çıkar (13,14). Metastazların hemen hemen hepsi baş boyun bölgesin-

deki cilt-mukoza orjinli primer tümörlerden köken alırlar (8,11,12,13). Parotise nadiren metastaz yapan diğer tümörler arasında renal cell karsinomu, lösemi ve lenfoma vardır (5).

Majör tükrük bezlerine metastaz esas olarak iki yol ile olur. 1-Lenfatik yayılım, 2-Hematojen yayılım, Metastatik tümörler büyük çoğunlukla parotiste görülür. Parotis bezi içerisinde bulunan intraglandular lenf nodları, bu bezin metastazdan sık etkilenmesinin nedeni olarak gösterilmektedir. Submandibular ve sublingual tükrük bezlerinde intraglandular lenf nodu olmaması ve ekstraglandular lenf nod sayısı fazla olmaması nedeniyle metastaz çok nadir görülür (8).

Parotisin metastatik tümörleri baş boyun tümörleri içinde çok küçük oranı oluşturmaları nedeniyle olgu serileri az sayıdadır (8,16).

Bu çalışmada, metastatik parotis tümörü nedeniyle opere edilen 10 olgunun primer tümör lokalizasyonları, histopatolojik tanıları, uygulanan tedaviler tartışıldı.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Ocak 1993-Aralık 1996 tarihleri arasında parotis tükrük bezi kitlesi nedeniyle opere edilen 56 hastanın dosyaları retraspektif olarak incelendi. Klinik

(*) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, ISPARTA

(**)Ankara Onkoloji Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, ANKARA

muayene, ameliyat notları ve patoloji raporları birlikte değerlendirildi. Bu bulgulara göre parotisin primer olmayan lezyonları; parotise invazyon ve metastaz gösteren vakalar araştırıldı, invazyon ile metastaz ayrımı histopatolojik olarak yapıldı, parotise metastaz olarak değerlendirilen 10 olgu tartışıldı.

BULGULAR

Olguların 36'sı primer, 20'si primer olmayan tümörlerden oluşmaktaydı (Tablo I). Primer olmayan 20 olgunun 10 tanesi komşu bölge tümörlerinin parotise infiltrasyonu idi. 10 olgu ise metastatik tümördü (Tablo II). Metastatik olguların yaşları 41 ile 75 arasındaydı ve yaş ortalaması 57.9 11.46 idi. Olguların hepsi erkek idi. Dokuz olguda primer tümör baş boyun bölgesinde idi, 1 olguda ise primer lezyonun lokalizasyonu tespit edilemedi (Tablo III).

Primer	36 (% 64)
Primer olmayan	20 (% 36)
Toplam	56 (% 100)

Tablo I: Vakalarımızın tümör orijinlerine göre dağılımı

Parotis Invazyonu	10 (% 50)
Parotis metastazı	10 (% 50)
Toplam	20 (% 100)

Tablo II: Primer olmayan tümörlerin dağılımı

Tanı	n %
Dudak, Yassı epitel hücreli karsinom	3 (% 30)
Nazofarenks, Yassı epitel hücreli karsinom	2 (% 20)
Burun cilt, Yassı epitel hücreli karsinom	1 (% 10)
Yanak, Malign Melanom	2 (% 20)
Saçlı deri, Malign Melanom	1 (% 10)
Primeri bilinmeyen, Adenokarsinom	1 (% 10)
Toplam	10(%100)

Tablo III: Metastatik parotis tümörlerinin primer orijinleri ve histopatolojik tanıları

Parotiste metastatik tümörü olan olguların hepsine total parotidektomi yapıldı, 7 olguya ipsilateral radikal boyun disseksiyonu da uygulandı. Üç olguya ise daha önceden yapılan primer baş boyun bölgesindeki primer tümöre yönelik cerrahi sırasında ipsilateral radikal boyun disseksiyonu yapılmıştı. Primer lezyon lokalizasyonuna, tümör histopatolojisine, metastazın ortaya çıkma zamanına bağlı olarak her hastaya farklı tedavi protokolleri uygulandı (Tablo IV).

PLE: Primer lezyon ekstirpasyonu, **RBD:** Radikal Boyun disseksiyonu, **TP:** Total Parotidektomi, **RT:** Radyoterapi, **NFS:** Nazofarinks, **YHK:** Yassı epitel hücreli karsinom, **MM:** Malign melanom, **AdCA:** Adenokarsinom

	Dudak YHK	NFS YHK	Burun YHK	Yanak MM	Saçlı deri MM	Primeri ?AdCA	Toplam
PLE+RBD D[metastaz sonrası TP+RT]	1	0	0		0	0	3 (% 30)
PLE+TP+ RBD+RT	2	0	1	0	1	0	4 (% 40)
RT(NFS) [metastaz sonrası TP+RBD]	0	2	0	0	0	0	2 (% 20)
TP+RBD+ RT	0	0	0	0	0	1	1 (% 10)
Toplam	3 (% 30)	2 (% 20)	1 (%10)	2 (% 20)	1 (% 10)	1 (% 10)	10 (% 100)

Tablo IV: Olguların histopatolojik tanılarına göre tedavileri

Dört vakada tümör invazyonuna bağlı fasyal sinir paralizisi vardı, bunların 3 tanesi malign melanom, 1 tanesi de dudak yassı epitel hücreli karsinom olgusu idi. Altı vakada ise fasyal sinir cerrahi sırasında tümörle birlikte çıkarılarak sakrifiye edildi. Nazofarinks orijinli 2 olgu dışında olguların hepsine postoperatif dönemde boyuna ve parotis lojuna 6000cGy radyoterapi uygulandı. Nazofarinks yassı epitel hücreli karsinom tanısı olan iki olguya aynı dozda radyoterapi metastaz öncesi uygulanmıştı. Metastaz cerrahi sonrası ilave radyoterapi verilmedi. Olguların takip süreleri 6 ile 28 ay arasında değişmekteydi, ortalama takip süresi 9.6 6.65 ay idi. Olguların kontrol muayenelerinde primer veya metastaz bölgesinde nüks veya residue tümör saptanamadı.

TARTIŞMA:

Parotis bölgesi zengin lenfatik yapısından dolayı komşu çevre dokularda gelişen tümörlerden invazyon veya lenfatik metastaz yoluyla sıklıkla etkilenirler. Parotis bezinin metastatik tümörleri çoğunlukla baş boyun bölgesindeki primer tümörlerden köken alırlar (8,11,12,13). Parotis bezinin yerleştiği bölge, yüz ve saçlı deriden gelen lenfatik zincir ve superior derin servikal zincirin kesişim noktasında olması nedeniyle bu bölge lenf nodlarında metastaz oluşabilir. Ekstranodal yayılım sonucunda da parotis bezi tutulumu ortaya çıkar. Parotis bezi lenfatikleri eksternal ve internal olmak üzere iki gruptur ve her iki grup lenfatik de tümör metastazından etkilenebilir (13).

Yarington'un (15) 250 vakalık parotidektomi serisinde 10 vakada (% 4) parotis metastazı bildirilmiştir. Nichols ve ark. (10) da benzer oranlar rapor etmiştir. Bu yayınlarda bildirilen metastazlar hiç şüphelenilmeyen primer kaynaklardan olmuştur. Taylor ve ark. (14) baş boyun bölgesinin ileri evre, kötü differensiye veya nüks tümörlerinde, parotise metastazın daha sık görüldüğünü bildirmiştir. Bizim serimizde 56 parotidektomi vakasında 10 (% 17.8) parotis metastazı tespit edildi. Biri hariç hepsinde primer tümör baş boyun bölgesinde idi. Parotis sınırlarını aşmayan tümörler diğer periler hastanelerinde opere edilebilmektedir. Fakat ileri evre, malign veya inku-rabl vakalar hastanemiz onkoloji konusunda spesifik olduğu için seçilerek bize gönderilmektedir. Bu nedenle serimizde % 17.8 gibi yüksek oranda metastatik tümörü ortaya çıkmıştır.

Parotis bezi içerisinde bulunan intraglandular lenf nodları, bu bezin metastazdan sık etkilenmesinin nedeni olarak gösterilmektedir. Diğer majör tükürük bezlerinde (Submandibular ve sublingual) intraglandular lenf nodu olmadığından metastazdan az etkilenirler (8).

Conley ve Arena (2), 81 ikincil parotis tümürlü vakanın % 40'ında baş boyun bölgesinde yassı epitel hücreli karsinom, % 42'sinde malign melanom tespit etmişlerdir. Bazı araştırmacılar da baş boyun cilt tümörlerinin parotis bezi lenf nodu tutulumu eğilimi olduğunu bildirmişlerdir (8). Khurana ve ark. (T) 69 vakalık cilt karsinomu serisinin 33'ünde parotis metastazı tespit etmiştir. Bu vakaların % 13'ünde bilateral parotis tutulumu mevcuttur. Baş boyun bölgesindeki malign melanomlarda en sık metastaz V. bölge posterior üçgene olur. Parotis ve çevresi ikinci en sık metastaz gelişen bölgedir (1). Çalışmamızda primer tümör olarak 3 vakada baş boyun bölgesinde malign melanom, 3 (% 30) vakada dudak yassı epitel hücreli karsinom, 2 (%20) vakada nazofarenkste yassı epitel hücreli karsinom, 1 (%10) vakada burun sırtı yassı epitel hücreli karsinom tespit edilmiştir. Bilateral parotis metastazı görülmemiştir. Saçlı deri, göz, dış kulak, burun hem intraglandular hemde periglandular parotid lenf nodlarına drene olurlar. Bu nedenle, ciltteki yassı epitel hücreli karsinomlar ve malign melanomlar sık olarak parotis bezindeki lenf nodlarına metastaz yapar (8). Serimizde 1 (%70) vakada primeri cilt olan metastaz ile karşılaşmıştır. Parotisin metastatik tümörlerinde primer tümör nadiren baş boyun bölgesi dışındadır (8).

Parotise metastaz yapan vakalarda radikal parotis cerrahisine boyun disseksiyonu da eklenmelidir. Cerrahi sonrası radyoterapi de önerilmektedir (13,14). Bizde vakalarımızın 4 tanesine primer lezyon ekstirpasyonu, total parotidektomi, radikal boyun disseksiyonu ve postoperatif radyoterapiden oluşan kombine tedavi uyguladık. Üç olguda ise metastaz primer lezyona yönelik cerrahi sonrasında geliştiğinden total parotidektomi daha sonra uygulandı. Nazofarinks kökenli 2 olguda ise radyoterapiyi takiben ortaya çıkan parotis metastazına yönelik total parotidektomi ve radikal boyun disseksiyonu uygulandı. Primeri tespit edilemeyen 1 olguda primer lezyona yönelik girişim yapılamadı.

Tükürük bezi kitlelerinde fasyal sinir paralizisi malignite işareti olarak kabul edilir. Çuhruk ve Yıl-

maz (4) malign olgularının % 33'ünde fasyal sinir paralizisi rapor etmişlerdir. Conley ve Arena (3) metastatik parotis tümörlerinde % 60 oranında fasyal paralizisi bildirmişlerdir. Vakalarımızın 4 tanesinde (%40) fasyal paralizisi tespit edildi. Altı vakada ise cerrahi kaygılardan dolayı fasyal sinir parotidektomi sırasında sakrifiye edildi.

Parotise metastaz yapan olgularda 5 yıllık sağkalım % 12.5 olarak bildirilmektedir. Serimizde vakaların büyük çoğunluğu bir yıldan daha az bir süre takip edilebilmiştir. Bu nedenle prognoz hakkında yeterli bilgi vermek mümkün olmamıştır.

Metastatik lezyonlarda primer lezyon tümüyle kontrol altına alınmadığı sürece metastatik lezyona girişim düşünülmemelidir. Çalışmamızda yer alan tüm vakalarda öncelik primer lezyonun lokal kontrolüne verilmiştir. Daha sonra metastatik lezyona cerrahi girişim uygulanmıştır.

Parotisin ağırsif seyreden neoplastik lezyonlarında metastatik tümör olma olasılığı mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Tüz
Süleyman Demirel
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Hastalıkları
Anabilim Dalı - ISPARTA

KAYNAKLAR

1. BALM AJM, KROON BBR, HILGERS FJM, JONK A, MOOI WJ.: Lymph node metastases in the neck and parotid gland from an unknown primary melanoma. Clin Otolaryngol 19: 161-165,1994.
2. CONLEY J, ARENA S.: Parotid gland as a focus of metastasis. Arch Surg 87: 757, 1963.
3. CONLEY J, HAMAKER RC.: Prognosis of malignant tumors of the parotid gland with metastasis. Arch Otolaryngol 101:39-41,1975 (Abstract).
4. CUHRUK Ç, YILMAZ O.: Parotis bezi kitlelerinde tanı yöntemleri. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1:155-186,1993.
5. İNAL IE, BORÇBAKAN C, SÜZEN T.: Clinical features of parotid gland malignancies. Acta otorhinol ital Supp 129: 13-16, 1990.
6. KAPLAN MJ, JOHNS ME: Malignant neoplasm of salivary glands. in: Cummings CW, Fredrickson JM, Krause CJ, Harker LA, Schüller DE (eds): Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Mosby Year Book, St Louis, 1043-1078, 1993.
7. KHURANA VG, MENTIS DH, O'BRIEN CJ, HURST TL, STEVENS GN, PACKHAM-NA.: Parotid and neck metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. Am J Surg 170 (5): 446,450, 1995.
8. LUNA MA: Pathology of tumors of the salivary glands. in: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD (eds); Comprehensive management of head and neck tumors. W.B Saunders Company, Philadelphia, 1082-1084, 1987.
9. McKEAN ME, LEE K, McGREGOR IA.: The distribution of lymph nodes in and around the parotid gland: an anatomical study, Br J Plast Surg 38: 1-5, 1985.
10. NICHOLS RD, PINNOCK LA, SZYMANOWSKI RT.: Metastasis to parotid nodes. Laryngoscope 90: 1324-8,1980.
11. O'BRIEN CJ, UREN RE, THOMPSON JF, HOWMAN - GILES NRB, PETERSEN-SCHAEFER K, SHAW HM, QUINN - MJ, MCCARTHY WH.: Prediction of potential metastatic sites in cutaneous Head and Neck melanoma using lymphoscintigraphy. Am J Surg 170 (5): 461-6,1995.
12. PISANI P, KRENGLI M, RAMPONI A, PIA F.: Parotid metastases: a review of the literature and case reports. Le metastasi parotidee: revisione della letteratura e contributo casistico. Acta otorhinol ital 12 Suppl 37: 1-28,1993.
13. SPIRO RH, SPIRO JD: Cancer of salivary glands. In: Myers EN, Suen JY (eds): Cancer of the Head and Neck. Churchill Livingstone, Newyork, 645-668, 1989.
14. TAYLOR BW, BRANT TA, MENDENHALL NP, MENDENHALL WM, CASSISI NJ, STRINGER SP, MILLION RR.: Carcinoma of the skin metastatic to parotid area lymph nodes. Head and Neck 13: 427-433,1991.
15. YARINGTON CT: Metastatic malignant disease to the parotid gland. Laryngoscope 91: 517-9,1981.
16. YEH S.: The salivary glands. in : JJ. Ballenger, (ed): Diseases of the nose throat ear, Head and Neck, Lea and Febiger, Baltimore, 299-311. 1991.