

## PAROTİS TÜMÖRLERİNE TEDAVİ YAKLAŞIMIMIZ

OUR THERAPEUTIC APPROACH FOR PAROTID NEOPLASMS

**Dr. İstemihan AKIN (\*), Dr. Abdullah GÜNEN (\*),  
Dr. Ata GÜRZUMAR (\*), Dr. Yavuz ŞENEL (\*), Dr. Yavuz ZOR (\*).**

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 38-42

**ÖZET** : 1987-1992 yılları arasında Kliniğimiz'de cerrahi tedavileri yapılan 69 parotis tümörlü hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların 45'i (%65.2) benign epitelial, 18'i (%26) malign epitelial ve 6'sı (%8.69) non-epitelial tümör olarak sınıflandırıldı. Çalışmaya dahil olan tümörlerin en çok rastlanana pleomorfik adenomaydı (%58). Malign tümörlerden ise mukoepidemoid karsinoma en fazla görülen tümördü (%33.).3 Hastaların büyük bir kısmı 40-49 yaş grubunda toplanmıştı. Onbeş hastada (%21.7) tümör derin loba invazyon göstermekteydi. Hastaların 8'ine (%11.5) enükleasyon, 41'ine (%59.5) süperficial parotitektomi ve 20'sine (%29) total parotitektomi yapıldı. Ortalama. 3.5 yıllık takipten sonra benign epitelial tümörlü 45 hastanın üçünde (%7) nüks görüldü.

**Anahtar Sözcükler** : Parotis kitleleri, neoplazi, cerrahi.

**SUMMARY** : Sixty-nine with parotid tumors were retrospectively analyzed during the period 1987-1992. Fortyfive patients (%65.2) were classified as benign epitelial tumors, 18 patients (%26) as malignant epitelial tumors and 6 patients (%8.69) as non-epitelial tumors. The incidense of pleomorphic adenoma was the highest among all the tumors that involved in the study (%58). mucoepidermoid carcinoma was the most frequent tumor among malignant cases (%33.). Most of the patients were seen at 40-49 years. Fifteen patients (%21.7) had deep parotid lobe involvement. Eight patients (%11.5) underwent enucleations, 41 patients (%59.5) superficial parotitectomies and 20 patients (%29) total parotitectomies. After a median follow-up of 3.5 years there recurrences i%7) was observed among 45 benign epitelial tumors.

**Key Words** : Parotid masses, neoplasm, surgery.

### GİRİŞ

Tükrük bezi tümörleri baş ve boyun bölgesinin nadir görülen tümörlerindedir. Tüm baş ve boyun tümörlerinin %3-6'sını apsarlar (3). Tükrük bezi tümörlerinin %80'i parotis, %5-10'u submandibular, %12'den az bir kısmı sublingual ve %10-15'i minör tükrük bezlerinden kaynaklanırlar (6, 16). Spiro (18) bu oranı parotis için %70, submandibular bez için %8 ve minör tükrük bezleri için %22 olarak bildirmiştir. Parotis bezinden köken alan tümörlerin ortalama %70 oranındaki büyük bir kısmını pleomorfik adenomalar oluşturmaktadır. İkinci sıklıkta görülen papiller kistadenolenfoma yani Warthin tümörlerinin insidansı sadece %5'dir

(5, 6). Bazı yazarlara göre bu insidans % 15-30 arasındadır (11, 15, 16).

Malign parotis tümörleri içinde en fazla sıklıkta görülen %32-38 oranı ile mukoepidemoid karsinomadır (8, 21). Enerotb (6), parotis ve submandibular bezlerde görülen mukoepidemoid karsinomalar ile adenoid kistik karsonimolar arasında ters olarak insidans farklılığı olduğunu belirtmektedir. Yani parotis içinde mukoepidemoid karsinoma fazla görülürken, submandibuler bezde adenoid kistik karsinoma daha sık olarak görülmektedir. Bu çalışmada amaç, parotis kitlesi olan hastalarımızın verilerinin analiz edilmesi, bulguların diğer çalışmalar ile kıyaslanması ve bilgilerin gözden geçirilmesi idi.

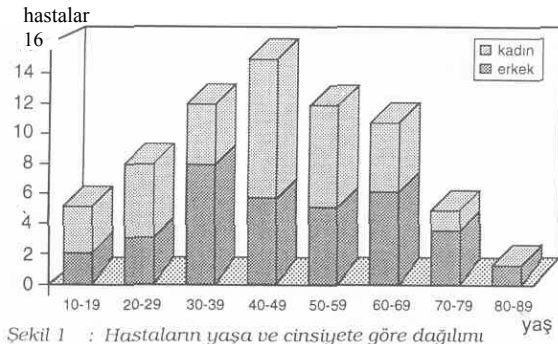
(\*): SSK Hastanesi 1. KBB Kliniği Dışkapı - ANKARA

## YÖNTEM ve GEREÇLER

SSK Ankara Hastanesi 1. KBB Kliniği'nde 1987-1992 yılları arasında parotiste kitle ön tanısı ile opere edilmiş 69 hasta çalışmanın temelini oluşturdu. Retrospektif olarak hasta dosyalarından yapılan çalışmada klinik bulgular, diagnostik çalışmalar, ameliyat raporları ve patoloji raporları incelendi. Vakalarımızda klinik muayenenin yanı sıra CT, ultrasonografi, MRI, ince iğne aspirasyon biopsisi ve sintigrafi gibi değişik yöntemler uygulandı, hastalar ameliyat sonrası histopatolojik tanılarına göre sınıflandırıldılar.

## BULGULAR

Hastaların yaşları 15-88 olup aritmetik ortalaması 40.59'du. Otuzaltı erkek (%52) ve 33 kadın (%48) hasta vardı. Hastaların büyük çoğunluğu (%22) 40-49 yaş grubuna dahildi (Şekil-1). Çalışmadaki hastaların %65.2'sini benign epitelial tümörler, %26'sını malign epitelial tümörler ve %8.69'unu nonepitelial tümörler oluşturmaktaydı (Tablo - 1). Pleomorfik adenoma %57.9 oranı ile en sık görülen tümördü. Bunu %4.34 insidans Warthin tümörü izliyordu. Tümörlerin 38'i sol, 31'i sağ parotis lokalizasyonlu idi. Onbeş hastada (%21.7) tümör derin loba invazyon gösteriyordu. Pleomorfik adenomalı hastaların preoperatif semptomatik süreleri 1-20 yıl olarak belirlenirken, mukopedimoid ve adenokarsinomlarda bu süre 2-4 aydı, Genellikle asemptomatik kulak önü kitlesi şeklinde kendini gösteren vakaların 3'ünde fasial parezi / paralizisi saptanmıştı. Pleomorfik adenomalı hastaların çoğunluğu 40-49 yaş grubunda idi ve kadın predominansı vardı. Whartin tümörleri 6. dekatta toplanmıştı ve erkek preedominans göstermekteydi.



Şekil 1 : Hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

Tablo 1 : Parotis tümörlerinin dağılımı

	n	Sağ	Sol	Erkek	Kadın
<b>Benign epitelial tümörler</b>	45	18	27	22	23
(%65.2)					
Pleomorfik adenoma	40	17	23	19	21
Warthin tümörü	3	1	2	2	1
Duktal adenoma	2		2	1	1
<b>Malign epitelial tümörler</b>	18	10	8	10	8
(%26)					
Mukoepidermoid karsinom	6	3	3	2	4
Adenokarsinom	5	3	2	3	2
Epidermoid karsinom	3	2	1	2	1
Malign mikst tümör	2	1	1	2	
Adenoid kistik karsinom	2	1	1	1	1
<b>Nonepitelial tümörler</b>	6	3	3	4	2
(%8.69)					
Mukoviskoidozis	1	1		1	
Lipoma	1			1	
kist	3	1	1	1	2
Malign schwannoma	1	1	2	1	
<b>Toplam</b>	69	31	38	36	33

Hastaların 8'ine (%11.5) enükleasyon, 41'ine (%59.4) süperfisial parotitektomi ve 20'sine (%28.9) total parotitektomi uygulandı (Tablo - 2).

Tablo 2 : Parotis kitlelerine uygulanan cerrahi tedaviler

	Enük- leasyon	Süperfisial parotitektomi	Total parotitektomi
<b>Benign epitelial tümörler</b>			
Pleomorfik adenoma	4	30	6
Warthin tümörü		2	1
Duktal adenoma		2	
<b>Malign epitelial tümörler</b>			
Mukoepidermoid karsinoma		2	4 (2RBD)
Adenokarsinoma		2	3
Epidermoid karsinoma		1 (FBD)	2 (1FR+2RBD)
Malign mikst tümör		1	1 (RBD)
Adenoid kistik karsinoma			2 (FR)
<b>Nonepitelial tümörler</b>			
Mukoviskoidozis		1	
Lipoma	1		
Kist	3		
Malign schwannoma			1 (FR)
<b>Toplam</b>	8 (%11.5)	41 (%59.5)	20 (%29)

FR : Fasial rezeksiyon  
RBD : Radikal boyun disseksiyonu  
FBD : Fonksiyonel boyun disseksiyonu

Derin loba invazyon yapmış olan 6 pleomorfik adenoma, 2 duktal adenoma ve 1 Warthin tümörüne fasial sinir korunarak total parotitektomi uygulandı. Derin lob invazyonu yapmış olan malign schwannoma tanılı bir hasta ile büyük kiteli bir adenokistik karsinomlu hastaya fasial sinir rezeksiyonu ile total parotitektomi yapıldı. Bu prosedürün uygulandığı epidemoid karsinomlu bir başka hastada kliniğe yatmadan 25

gün önce fasial paralizi başlamıştı. Fasial sinir korunarak total parotiektomi yapılan hastalar mukoepidemoid karsinoma, adenokarsinoma, epideemoid karsinoma, malign mikst tümör ve adenokistik karsinoma tanısı aldılar. Fasial sinir rezeksiyonu yapılan hastaların hepsinde primer sinir grefti ile onarıma gidildi.

Boyunda ele gelen lenfadenopati bulunan beş hastaya radikal boyun disseksiyonu yapıldı. Epidermoid karsinomalı bir hastaya fonksiyonel boyun disseksiyonu uygulandı. Hastalar en az 1 en çok 6 yıl takip edildiler. Bu süre içinde pleomorfik adenoma tanısı almış olan üç hastada nüks görüldü (%7) ve total parotiektomi uygulandı. Bu hastaların ilk müdahaleleri enükleasyon ile cerrahi tedavi şeklinde yapılmıştı.

Epidermoid karsinomlu bir hasta ile malign mikst tümör tanısı almış olan bir hasta uzak metastaz nedeniyle kaybedildi.

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Tükrük bezi tümörleri temel olarak duktal epitel, myoepitelial hücreler ve asiner hücrelerden oluşmaktadır. Fakat nadir olmayarak sebace bezler, goblet hücreleri, çok katlı yassı epitel, basal hücreler ve şeffaf hücreler (clear cell) bu yapıya katılırlar (5, 16).

Bu kadar çeşitli yapılardan oluşan tükrük bezi tümörlerinin klassifikasyonları da o derece karmaşık ve çeşitlidir. WHO tarafından önerilen ve günlük uygulamada kolaylık sağlayan bir histopatolojik sınıflandırma vardır. Seifert ve ark. (16) tarafından da benimsenmiş olan bu sınıflandırmayı, biz bu çalışmada kullandık.

Tükrük bezi tümörlerinin büyük bir çoğunluğu parotis bezinden köken alırlar. Eneroth (6) tükrük bezi tümörlerinin paritosteki insidansının submandibular bezden 12 kat daha fazla olduğunu belirtmektedir. Eneroth bu insidans farklılığının bezlerin histolojik yapılarından kaynaklandığını bildirmektedir de, bu konu histogenetik olarak tam bir açıklığa henüz kavuşmamıştır. Bu kadar sık tümör görülmesine rağmen en az oranda malignitenin rastlandığı bezin yine parotis olması ilgi çekicidir (18). Parotis bezindeki pleomorfik adenoma görülme sıklığı Rodriguez-Bigas ve ark.'na (15) göre %72, Monk ve

ark.'na (11) göre %78'dir. Daha büyük serilerde %70.9 ve %77 olarak bildirilmektedir (5, 6). Bu çalışmada pleomorfik adenomlar beklendiği gibi en fazla rastlanan tümör tipini oluşturmaktaydı, fakat insidansı %57,9 ile yukarıda bahsedilen serilerden daha az bulundu. Pleomorfik adenomların en fazla sıklıkta görüldüğü yaş grubunun 40-50 yaş grubu olduğu bildirilmektedir (16). Esmer ve ark. (7) yaptıkları bir çalışmada benign parotis tümörlerinin görülme yaşını ortalama 35 olarak, malign tümörlerin görülme yaş ortalamasını ise 47.5 olarak bildirdiler. Bu çalışmada en fazla pleomorfik adenomaya 40-49 yaş grubunda rastlandı.

Warthin tümörleri parotis tümörleri içinde ikinci sıklıkta görülürler (3, 5, 11, 15, 18). Cinsiyet olarak erkek predominans göstermekle ve en çok 6. ve 7. dekadlarda görülmektedirler (3). Son yıllarda A.B.D'nde yapılan bir çalışmada Warthin tümörlerinde cinsiyet farklılığı olmadığı bildirilmiştir (11). bizim çalışmamızda da opere ettiğimiz 3 Warthin tümöründen 2'si 60-69 yaş grubunda idiler.

Parotis tümörleri içinde derin lobu tutmuş olan tümörler sanıldığından daha fazladır. Bi/im serimizde bulmuş olduğumuz %21.7'lik oran literatürdeki oranlarla uyum sağlamıştır (3). Aksi kanıtlanıncaya kadar majör tükrük bezlerinde ele gelen bir kitlenin gerçek bir tükrük bezi tümörü olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Parotis bezinde %95 olasılıkla bu durum söz konusudur (6). Tanıya giderken klinik muayenenin önemi çok büyüktür. Spiro'ya (18) göre palpasyon parotia lojundaki kitlelerde çok değerli bilgi vermektedir ve tanıya gitmede kullanılan tetkikler parotis lojunun dışına taşmış tümörlerde yapılmalıdır. Bununla beraber parotis tümörlerinde tanıya gitmede cerraha önemli bilgiler veren yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadır. Isaza ve ark. (9) yaptıkları bir çalışmada ultrasonografi (USG) ile komputere tomografi (CT) arasında tanıya gitmede bir fark bulamadıklarını yazıyorlar. Bu yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda CT Sialografinin faydalı sonuç vereceğini belirtiyorlar. Akın ve ark. (1) USG'nin benign tümörlerdeki doğruluk oranını %100, malign tümörlerdeki doğruluk oranını ise %67 olarak bildirmekteler. Teresi ve ark. (20) parotis tümörlerinin

de parotis bezi dışına olan invazyonların belirlenmesinde ve tümörün fasial sinir ile ilişkisinin saptanmasında magnetik rezonans görüntülemenin (MRI) önemini vurguluyorlar. Batsakis (2) ise ince iğne aspirasyon biopsisi ile yanlış negatiflik oranının yüksek olduğunu belirtiyor.

Benign parotis tümörlerinde yapılacak minimum müdahale süperfisial parotitektomi olmalıdır. Pleomorfik adenomalarda yetersiz rezeksiyona bağlı olarak %0.7-46 arasında değişen nüks oranlarına rastlanılmaktadır (3, 12, 15). Bir başka araştırmacı yaptığı retrospektif çalışmada enükleasyon ile tedavi edilen tüm pleomorfik adenomalı hastalarda nüks görüldüğünü belirtmektedir (13). Süperfisial parotitektomi ile nüksleri %0-5 arasında tutmak mümkündür (15).

Zamanımızda malign tükrük bezi tümörlerinin tedavisinde mümkünse fasial sinir korunarak yapılan cerrahi tedavi ile adjuvan radyasyon terapisi ve kemoterapi uygulanmaktadır (8). Kombine tedavi olarak bilinen bu tedavi şekli özellikle high-grade malign tümörlerde, lokal invazyon varlığında, cerrahi sınırlarda tümör bulunanlarda, ileri evredeki tümörlerde ve nükslerde uygulanmaktadır (3, 8, 21). Malign parotis tümörlerinde parotitektomi yapılırken tümörün histopatolojisinden daha çok yayılımına göre davranmak gerekmektedir (18). Profilaktik boyun disseksiyonu uygulaması halen tartışmalıdır. Spiro ve ark, (19) Undifferansiye ve epidermoid karsinomali hastaların %58'inde reyonel lenf bezi metasfazi saptadıktan için profilaktik boyun disseksiyonunu önermektedirler. Ele gelen lenfadeopati bulunan hastalarda radikal boyun disseksiyonu önerilmektedir (18). Biz de 5 vakada radikal ve 1 vakada fonksiyonel boyun disseksiyonu uyguladık.

Kombine radikal cerrahi ve postoperatif adjuvan radyoterapi ile high-grade tümörlerde prognozun daha iyi olduğu bazı otörler tarafından bildirilmiştir (4, 10, 17). Nükslerde ve pozitif cerrahi marjini olan tümörlerde, postoperatif radyoterapinin 10 yıllık sonuçlarının nüks ve lokal kontrol açısından sadece cerrahi tedaviden daha iyi olmadığı bir çalışmada bildirmektedir (21).

Prognozda önemli bir diğer faktör tümörün evresidir. Evre I ve II tümörlerde 15 yıllık survi

%75 iken, III. ve IV. evrelerde bu oran %9 ve %5'e düşmektedir (8). Lokal olarak invazyon yapmış tümörlerde 10 yıllık survi tümörün evresine bakmaksızın düşük bulunmakta ve yine bu tümörlerde uzak metasfaz görülmektedir (14). Fasial sinirin lokal olarak invazyonunda total parotitektomi ile beraber sinirin rezeksiyonu gerekmektedir. Biz de lokal olarak invazyon gösteren üç vakada fasial sinir rezeksiyonu ve primer sinir grefti uyguladık.

Sonuç olarak benign parotis tümörlerinde yapılacak minimum müdahale süperfisial parotitektomi olmalıdır. Malign parotis tümörlerinde mümkünse fasial siniri koruyarak yapılacak süperfisial veya total parotitektomi uygun cerrahi yaklaşımdır. Sinire lokal olarak invazyon gösteren tümörlerde fasial sinirin rezeksiyonu ve primer greftleme yapılmaktadır. Boyunda ele gelen kitle varsa radikal boyun disseksiyonu ilave edilir. Epidermoid karsinomalarda ele gelen kitlenin olmadığı durumlarda fonksiyonel boyun disseksiyonu önerilmektedir.

**Yazışma Adresi :** Dr. İstemihan AKIN  
SSK Ankara Hastanesi 1. KBB Hastalıkları  
Kliniği - ANKARA

## KAYNAKLAR

1. AKIN I, ESMER N, GERCEKER M et al : Sialographic and ultrasonographic analyses of major salivary glands. Acta Otolaryngol. [Stockh] 111:600-606. 1991.
2. BATSAKIS JG, SNEIGE N, EL-NAGGRA AK ; Fine-needle aspiration of salivary glands : Its utility and tissue effects. Ann. otol. Rhinol. Laryngl, 101:185-188. 1992.
3. BYRNE MN, SPECTOR JG : Parotid masses : Evaluation, analysis and current management. Laryngoscope 98-99-105, 1988.
4. BYUN YS, FAYOS JV, KIM YH : Management of malignant salivary gland tumors, Laryngoscope 90-1052-1060. 1980.
5. ENEROTH CM : Histological and clinical aspects of parotid tumors, Acta Otolaryngol. Suppl. 191, 1964
6. ENEROTH CM : Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland and the palate rignon. Cancer 27:14-15-1418, 1971.
7. ESMER N, CUHRUK Ç, BORÇBAKAN C, CALGÜNER M. : Tükrük bezi tümörleri. 54 vakalık klinik araştırma. Kanser 1:18-55, 1973.
8. FRIEDMAN M, LEVIN B, GRYBAUSKAS V et al : Malignant tumors of the major salivary glands. Otolaryn. Clin. N. amer. 19:4:625-635, 1986.
9. ISAZA M, IKEZOE J, MORJMOTO S et al : Computed tomography and ultrasonography in parotid tumors. Acta Radiologica30:11-15. 1989,
10. MATSUBA HM, THAWLEY SE, Devinent VR et al : High-grade malignancies of the parotid gland : Effective use of planned combined surgery and irradiation. Laryngoscope 95:1059-1063, 1985.

11. MONK JS, CHURCH JS : Warthin's tümör; A high incidence and no sex predominance in central Pennsylvania. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 118:477-482, 1992. -
12. MORGAN MN. MACKENZIE DH : Tumors of salivary glands: A review of 204 cases with 5-year follow-up. Brit.J.Surg. 55:284-288, 1968.
13. VAN NIEKERK JL. WOBBES T, MONSTREY S. BRUASET I : The management of parotid tumors; A 10-year experience. Acta Chir. Belg. 87:1-5, 1987.
14. PEDERSEN D. OVERGAARD J. SOGAARD H et al : Malignant parotid tumors in 110 consecutive patients ; Treatment results and prognosis. Laryngoscope 102:1064-1069, 1992.
15. RODRIGUEZ - BIGAS MA. SAKO K. RAZACK MS et al : Benign parotid tumors : A 24-year experience, J. Surg. Oncol. 46:159-161, 1991.
16. SEIFERT G. MIEHLKE A. HAUBRICH J. CHILLA R : Diseases of the Salivary Glands. Stuttgart : Georg Thieme Verlag, 1986, pp:171-182.
17. SIMPSON JR. MATSUBA HM. TILLEY AWLEY SE. MAUNEY M : Improved treatment of salivary adenocarcinomas : Planned combined surgery and irradiation. Laryngoscope 96:904-907, 1986.
18. SPIRO RH: Diagnosis and pitfalls in the treatment of parotid tumors. Semin. Surg. Oncol. 7 (1) : 20-24, 1991.
19. SPIRO RH, ARMSTRONG J. HARRISON L et al : Carcinoma of major salivary glands. recent trends. Arch. Otolaryngol. head Neck Surg. 115:316-321, 1989.
20. TEREST LM, LUFKIN RB. WOJCIAM DG et al : Parotid masses : MR imaging. Radiology 163:405-409, 1987.
21. TRAN L, SADEGHI A. HANSON D et al : Major salivary gland tumors : Treatment results and prognostic factors. Laryngoscope 96:1139-1144, 1986.