

PAROTİS TÜMÖRLERİNDE TEDAVİ

Yaşar Ünlü*, Şerif Ali Tekalan*, İbrahim Ketenci**, Refik Cemiloğlu*, İsmail Külahlı***, Muharrem Erdem***

Özet: Bu çalışmada, 1983-1989 yılları arasında parotis tümörü nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB bölümünde tedavi edilen 26 hasta incelendi, uygulanan teknik ve sonuçlar ile ilgili bulgular ayrıntılı olarak gösterildi. Hastalar her iki cinsten eşit orantıydı. Malign tümörler % 22'sini oluşturmaktaydı. Benign tümörlerin ise % 80'i pleomorfik adenomdu. Uygulanan tedavi şekli; 5 hastada n.facialis korunarak total parotidektomi, 2 hastada sinir kesilerek total parotidektomi, 14 hastada superfisyal parotidektomi, 3 hastada lokal rezeksiyon, 2 hastada ise enükleasyon şeklindeydi. Malign tümörlü 3 hastaya postoperatif radyoterapi uygulandı. Benign tümörlü hastalar en az 9 ay, en fazla 6 yıl süre ile takip edildi. Hiç bir hastada nüks görülmedi. Malign tümörlü 4 hasta takip edildi. Bir hasta lokal nüks ve uzak metastaz nedeniyle 1 yıl içinde öldü. Üçü hastaliksiz olarak hayattadır.

Arahtar Kelimeler: Parotis tümörleri, tükürük bezi tümörleri

The treatment of parotid tumors

Summary: This study includes 26 patients with parotid tumors treated between 1983 and 1989 at the Department of Otolaryngology of Erciyes University Medical School. Our experience is presented with a detailed description of the technique and an analysis of the results. Patients were equally divided in gender. The incidence of malignant tumors was 22 per cent. Of benign parotid tumors 80 per cent were pleomorphic adenomas. Patients were treated as follows: on 5 occasions by total parotidectomy with facial nerve preservation; on two occasions by total parotidectomy with resection of facial nerve; on 14 occasions by superficial parotidectomy; on three occasions local resection; two times by enucleation of the tumor. Adjuvant postoperative radiotherapy was given to 3 patients with malignant tumors. For patients with benign tumors, the minimum follow-up is 9 months with the longest follow-up being 6 years. At the time of this report, no patient with benign parotid tumors had recurrence. Follow-up was obtained for 4 patients with malignant salivary gland tumors. One patient died with local recurrence and distant metastases within one year. Three patients are alive and well with no evidence of disease.

Key Words: Parotid tumors, Salivary gland tumors

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Serbest Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzmanı

*** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Tükrük bezi tümörleri oldukça nadir görülür ve baş-boyun bölgesindeki tümörlerin yaklaşık olarak % 3'ünü meydana getirir. Tükrük bezi tümörlerinin % 80'den fazlası parotiste bulunur ve bunların da % 20'si maligndir(4). Son yıllarda, tümör özelliklerinin daha iyi anlaşılması sonucu tedavi şeklinde önemli değişiklikler olmuş ve seçilecek cerrahi teknik büyük önem kazanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışmada, 1983-1989 yılları arasında parotis tümörü nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda cerrahi olarak tedavi edilen 26 hasta incelendi. Parotis kapsülü dışında kitlesi olanlar çalışma dışında bırakıldı. Mikst tümörlü bir hasta hariç, hastaların hepsinin ilk cerrahi müdahalesi bölümümüzce yapıldı. Hastaların fizik muayene ve laboratuvar bulguları, yapılan müdahale şekli, tümörün histopatolojik tipi ve ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar kaydedildi. Altı yıl içinde müdahale edilen hastalar takip edilerek sonuçlar değerlendirildi.

Bulgular

On erkek ve on bayan hastada benign tümör, üç erkek ve üç bayan hastada ise malign tümör vardı. Benign tümörlü hastalarda yaş ortalaması 31 (10-72), malign tümörlü olanlarda ise 50 (7-62) olarak bulundu. Ayrıntılı bilgi Tablo I'de görülmektedir.

Tablo I. Parotis Tümörlü Hastaların Yaş ve Cinse Göre Dağılımı

Yaş	10-19	20-29	30-31	40-49	50-59	60-69	70-79	Toplam	%
Benign E	-	4	2	2	1	-	1	10	77.6
Tümör B	-	3	3	3	1	-	-	10	
Malign E	1	-	-	-	1	1	-	3	22.4
Tümör B	-	-	-	-	2	1	-	3	
Toplam								26	100.0

E: Erkek, B: Bayan

Benign tümörlerin çap büyüklüğü 1 cm ile 15 cm arasında değişmekteydi. 14 hastaya superfisyal parotidektomi, bir hastaya (papiller kistadenoma lenfomatosumlu) total parotidektomi yapıldı. Parotis kuyruğunda küçük tümör olan 5 hastadan ikisinde enükleasyon, üçünde ise lokal rezeksiyon (tümör, çevresindeki bir miktar parotis dokusu ile birlikte çıkarıldı) şeklinde cerrahi tedavi uygulandı (Tablo II).

Tablo II. Benign Parotis Tümörlerinde Uygulanan Cerrahi Teknik

	Hasta Sayısı
Total parotidektomi	1
Superfisyal parotidektomi	14
Lokal rezeksiyon	3
Enükleasyon	2

Benign parotis tümörlerinin % 80'ini pleomorfik adenomlar oluşturmaktaydı. Diğer histolojik tipler Tablo III'de görülmektedir. Dokuz ay ile 6 yıl süreyle takip edilen hastaların hiç birisinde nüks görülmedi.

Tablo III. Benign Parotis Tümörlerinin Histopatolojik Dağılımı

	Sayı	%
Pleomorfik adenom	16	80
Onkositom	1	5
Papiller kistadenoma Lenfomatosis	1	5
Parotis kisti	1	5
Lenfadenit	1	5
Toplam	20	100

Malign parotis tümörleri hastaların % 22'sini meydana getirmektedir. Bu gruptaki hastaların sadece birisinde n.fasialis tutulması ve servikal lenfadenopati vardı (Resim 1). Diğer hastalardaki tek bulgu ağrısız kitleydi ve hepsinde tümör superfisyal lobtaydı. Malign tümörlerin histopatolojik tipleri Tablo IV'te görülmektedir. Bir hastada görülen malign melanomun metastatik olduğu düşünülerek primer odak arandı ancak bulunamadı. Retinoblastomlu hastada ise sağ göz tutulmuştu.



Resim 1. N.facialis paralizisi ve servikal lenfadenopatisi olan parotis tümörlü hasta

Tablo IV. Malign Parotis Tümörlerinin Histopatolojik Dağılımı, Tedavi ve Takip Sonuçları

	Total Parotidektomi	Boyun Diseksiyonu	Radyoterapi Süresi	Takip Metastaz	Nüks
Epidermoid Ca					
diferansiye	+	-	+	10 ay	-
indiferansiye	+,AA	+	-	9 ay*	+(3ay sonra)
Acinic cell Ca	+	-	+	3.5 yıl	-
Adenocarcinoma	+	-	-	11 ay	-
Malign melanom(metastatik?)	+	-	-	1 ay	?
Retinoblastom (metastatik)	+	-	-	-	?

AA: Avrikula amputasyonu, *.ex.

Parotidektomi yapılan hastaların 3'ünde postoperatif dönemde n. facialis'te total parezi, 4'ünde ise ramus mandibularis'te parezi gelişti. Epidermoid karsinomlu iki hastanın birisinde sinir tutulması, diğesinde ise cerrahın tercihi nedeniyle n. facialis kesildi. İki hastada iyatrojenik ramus mandibularis kesisi oldu. Diğelerinde ise sinir korundu, lenfadenit çıkan bir hastada n. facialis'te tam blok meydana geldi ve sinir fonksiyonları 7 ay sonra tamamen düzeldi. Dört hastada 5-10 gün süren tükrük fistülü, 5 hastada ise Frey Sendromu (Avikulotemporal Sendrom) gelişti (Tablo V).

Tablo V. Parotis Cerrahisi Sonucu Görülen Komplikasyonlar

	Benign Tümör	Malign Tümör
n. facialis paralizisi		
kalıcı	-	2
Tam geçici	1(7 ay)	
Kısmi (r. mandibulariste)	1	1
n. facialis parezisi		
Tam	3	-
Kısmi (r. mandibulariste)	3	1
Frey Sendromu	5	-
Tükrük Fistülü	3(5-10 gün)	1(10 gün)

Malign tümörlü 3 hastaya operasyondan sonra radyoterapi uygulandı. Hastalarla ilgili ayrıntılı bilgi Tablo IV'de görülmektedir.

Tartışma

Parotis tümörlerinin % 75'ten fazlası benign'dir(4,5). Bunların % 70'ini pleomorfik adenomlar oluşturur(8). Tümör dağılımı her iki cinste eşit orandadır(5,11,12). Malign parotis tümörleri 50-60 yaşlarında, benign tümörler ise genç erişkinlerde daha sık görülür (4). Bu çalışmadaki bulgular da literatür sonuçları ile uyum göstermekteydi (Tablo I ve Tablo III).

Malign parotis tümörleri içinde mucoepidermoid karsinom en sık görülen histolojik tiptir (11,12). Az sayıdaki bu çalışmada ise mucoepidermoid tip hiç görülmedi.

Histolojik olarak prognozu en kötü olan tümörler indifferansiye ve epidermoid karsinomlardır (5,9). Genel olarak mukoepidermoid tümörlerin histolojik farklılaşma derecesi prognoz ile uyum göstermediği için bunları klinik seyirleri ile tanımlamak daha iyidir(9). Adenoid kistik karsinomlar lokal yayılmadan ziyade uzak metastaz yapma eğilimindedirler. Adenokarsinomların indifferansiye şekillerinde ise uzak metastaz oranı yüksektir(10). Adenokarsinomlu tek hastamızda takip süresi 1 yılı doldurmadı ve şu anda herhangi bir servikal veya uzak metastaz görülmedi.

Parotis cerrahisi n.facialis'i korumayı ve diseksiyonu gerektirir. Sinirin yaralanma ihtimali: Tümörün büyüklüğüne, yerine, sinire yakın bulunmasına ve önceden geçirilmiş operasyonlara bağlı olarak değişir(1). Tecrübeli cerrahlar tarafından yapılan müdahalelerde paralizisi oranı çok düşüktür. Ana trunkusu sıkıştıran büyük tümörlerde sinire periferik yaklaşım gerekebilir. Adenokistik karsinom dışındaki malign tümörlerde sinir tutulmamış ise korunabilir (1,12). Enükleasyon ve lokal rezeksiyon gibi operasyonlar tümör hücrelerinin tam çıkarılmasını garanti etmediği gibi sinir için de tehlikelidir(1,8). Donovan (3) ise superfisyel parotidektomide bile gerçek blok rezeksiyonun vakaların sadece % 40'ında yapılabildiğini ve benign tümörlerin kapsülünü yaralamadan tam olarak çıkarılabileceğini savunmaktadır. Günümüzde benign parotis tümörlerinin tedavisinde superfisyel veya total parotidektomi seçilecek en iyi tedavi metodu olarak kabul edilmektedir (1,3,4,8,14). Ancak, parotisin arka alt kısmındaki küçük yüzeyel lob tümörleri parotis parankimi ile birlikte lokal eksizyonla tedavi edilebilir(1,4,14).

Bu çalışmada, benign tümürlü 14 hastaya superfisyel parotidektomi uygulandı. Parotis kuyruğundaki küçük tümör nedeniyle 5 hastanın üçünde lokal rezeksiyon, ikisinde enükleasyon yapıldı(Tablo II).

Parotis cerrahisinde en sık görülen komplikasyonlar Frey Sendromu ve n.facialis'in ramus mandibularis parezisidir. Woods (14) kalıcı n.facialis paralizisini % 2.5 olarak bildirmektedir. Bu çalışmada 5 hastada Frey Sendromu, 6 hastada n.facialis perezisi (tam veya kısmi), 2 hastada tam n.facialis paralizisi, iki hastada ise ramus mandibularis paralizisi gelişti (Tablo V).

Malign tükrük bezi tümörlerindeki son derece az ve geç olan servikal lenf metastazı tedavinin değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Gizli metastazların tedavisinde hem cerrahi hem de radyoterapi etkilidir. Bu nedenle, sorun bunlardan hangisinin uygulanacağı değil, tedavinin gerekli olup olmadığına ve gerekli ise ne zaman olacağına karar vermektir. Servikal lenf bezlerine gizli yayılma ihtimaline karşı tedavinin yönlendirilmesi, primer tümörün yeri, büyüklüğü ve histolojik tipine göre yapılmalıdır (9,12,13). İndifferansiye karsinom ve epidermoid karsinom gibi servikal metastaz oranı yüksek olan tümörlerde boyun diseksiyonu gerekir (9,12). Küçük ve iyi diferansiye malign tümörlerin servikal metastaz yapma oranlarının düşük olması nedeniyle bunların takip edilmeleri uygundur(9). Belirgin servikal lenf metastazı olan vakalarda radikal boyun diseksiyonu, hatta genişletilmiş boyun diseksiyonu yapılır. Bu çalışmada, indifferansiye epidermoid karsinomlu bir hastada servikal lenfadenopati vardı ve geniş rezeksiyon ile birlikte radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Diğer hastalar ise muhtemel lenf metastazına karşı takip altına alındı. Malign tükrük bezi tümörü olan hastalarda 5 yıllık yaşama şansı % 69,10 yıllık ise % 45 civarındadır(5,9). Ölüm, genellikle nüks veya uzak metastazdan dolayı olmaktadır. Takip edilen hastalardan; birisi ilk 1 yıl içinde öldü, diğerleri ise hayatta olup henüz 5 yıllık süreye ulaşmadı.

Radyoterapi son yıllara kadar malign tükruk bezi tümörlerinin tedavisinde önemli bir rol oynamıştır. Çünkü bu tümörlerin çoğunun radyoterapiden fayda görmediği kabul edilmektedir. Son çalışmalarda, cerrahi tedavi ile birlikte uygulanan radyoterapinin başarı oranını yükselttiği ve değişik histolojik tipteki malign tümörlerde radyoterapi sonuçları arasında önemli bir fark bulunmadığı gösterilmiştir (7,11). Ameliyat sonrası mikroskopik seviyede kalan tümör hücreleri için uygulanan radyoterapi parsiyel rezeksiyon yapılanlara göre daha iyi sonuç vermektedir (2,6,11). Bu çalışmada malign tümürlü hastaların üçüne radyoterapi uygulandı. Hasta sayısının da az olması nedeniyle böyle bir karşılaştırma yapılamadı.

Literatürde kemoterapinin yeri ile ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Parotis tümörlerinin tedavisinde cerrahi müdahale esastır. Geliştirilen yeni tekniklerle niüks ve komplikasyon oranı önemli ölçüde azalmıştır.

Kaynaklar

1. Alajmo E, Polli G, De Meester W: Total Parotidectomy-a routine treatment for parotid gland swellings. *J Laryngol Otol* 103:181-186, 1989.
2. Byun YS, Fayos JV, Kim YH: Management of malignant salivary gland tumors. *Laryngoscope* 90:1052-1060, 1980.
3. Donovan DT, Conley JJ: Capsular significance in parotid tumor surgery: Reality and myths of lateral lobectomy. *Laryngoscope* 94: 324-329, 1984.
4. Fitzpatrick PJ, Black KM: Salivary gland tumors. *J Otolaryngol* 14 (5):296-300, 1985.
5. Fredmann M, Levin B, Grybauskas V, et al: Malignant tumors of the major salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 19(4): 625-636, 1986.
6. Fu KK, Leibel SA, Levine ML, et al: Carcinoma of the major and minor salivary glands. *Cancer* 40:2882-2890, 1977.
7. King JJ, Fletcher GH: Malignant tumors of the major salivary glands. *Radiology* 100:381-384, 1971.
8. Maimaris CV, Ball MJ: Treatment of parotid gland tumours by conservative parotidectomy. *Br J Surg* 73:897, 1986.
9. McGuirt WF: Management of occult metastatic disease from salivary gland neoplasms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 115:322-325, 1989.

10. Matsuba HM, Mauney M, Simpson JR, et al: Adenocarcinomas of major and minor salivary gland origin: A histopathologic review of treatment failure patterns. **Laryngoscope** 98:784-788, 1988.
11. Reddy SP, Marks JE: Treatment of Locally advanced, high-grade, malignant tumors of major salivary glands. **Laryngoscope** 98: 450-454, 1988.
12. Spiro RH, Armstrong J, Harrison L, et al: Carcinoma of major salivary glands. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 115: 316-321,1989.
13. Tortoledo ME, Luna MA, BAasakis JG: Carcinomas ex pleomorphic adenoma and malignant mixed tumors. **Arch Otolaryngol** 110:172--176,1984.
14. Woods JE, Chong GC, Beahrs OH: Experience with 1360 primary parotid tumors. **Am J Surg** 130:460-462,1975.