

## TÜKRÜK BEZLERİNİN PLEOMORFİK ADENOMLARI\*

Dr. Ercihan GÜNEY\*\*

Dr. Teoman ŞEŞEN\*\*

Dr. Murat FAYDALIĞIL\*\*\*

Dr. Şinasi YALÇIN\*\*\*

Dr. Gürhan KONAĞI\*\*\*

**ÖZET :** Kliniğimizde 1979 - 1984 yıllarında teşhis ve tedavi edilmiş tükrük bezi neoplazmları olan hastalardan, pleomorfik adenom tanısı almış olanlar gözden geçirilmiş, bulgularımız literatür bilgileri ile karşılaştırılmış ve görüşlerimiz sunulmuştur.

### PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE SALIVARY GLANDS

**SUMMARY :** Our clinical experience with pleomorphic adenoma of the salivary glands threated during the period 1979 - 1984 is presented and contrasted with that of the literature.

**KEY WORDS.** Pleomorphic adenoma, salivary gland

Tükrük bezi neoplazmlarına toplumda 100.000 de 3 den biraz daha az olarak rastlanılmaktadır (5). Yine tükrük bezi tümörleri tüm vücut tümörlerinin % 3 den azını oluşturmaktadır (11). Benign mikst tümör yada diğer tanımlamasıyla pleomorfik adenomlar tükrük bezlerinde en sık görülen neoplazmlardır. Parotis tümörlerinin yaklaşık % 75 ini, submandibuler gland neoplazmlarının % 60 ını oluştururlar (6). Pleomorfik adenomlar minör tükrük bezleri içinde birinci sırada damakta, ikinci olarakta üst dudakta yer almaktadır (3). Baş boyun ve oral kavite neoplazmları arasında oldukça önemli bir yeri olan bu neoplazmlarda yanlış teşhis ve tedavi metodları uygulanması nüksleri kaçınılmaz kılmaktadır.

**MATERYAL VE METOD :** Çalışmamızda kliniğimizde tedavi yapılmış 23 pleomorfik adenomlu hasta takdim edilmiş ve tükrük

(\*) VI. Ulusal Kanser Kongresinde tebliğ edilmiştir. 26 - 30 Nisan 1985.

(\*\*) Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(\*\*\*) Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

bezlerinin bu önemli neoplazmları çeşitli parametrelere göre gözden geçirilmiştir.

**BULGULAR :** 1979 - 1984 yılları arasında kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanan tükrük bezi neoplazmlarının lokalizasyonları ve türleri Tablo I'de gösterilmiştir. Malign melanom metastazı olan bir hasta ve primer olarak tükrük bezi tümörü olmayan calcifiying epitelyomalı 2 hasta hariç tutulursa toplam 33 hastanın 23 (% 69.6) ünün pleomorfik adenom olduğu görülmektedir. Parotis lokalizasyonunda bu oranın % 68 submandibuler glandda % 66,2 minör tükrük bezlerinde % 80 olduğu görülmektedir. Minör tükrük bezlerinden gelişen neoplazmların 3 ü damakta, diğeri ise üst dudakta lokalizedir.

**TABLO I : KLİNİĞİMİZDE TEŞHİS VE TEDAVİ EDİLEN TÜKRÜK BEZİ NEOPLAZMLARI VE LOKALİZASYONLARI**

Histopatoloji	Parotis B.	Submandibuler G.	Minör T.B.
Pleomorfik Adenom	15	4	4
Monomorfik Adenom		1	
Malign diffüz lenfoma	2	1	
Adeno Ca	1		
Yassı Epitel Ca	2		
Hemanjiom	1		
Maling Melanom Metastazı	1		
Salcifying Epitelyoma	2		
Asinik Cell Adeno Ca	1		
Mukoepidermoid Ca			1
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

Pleomorfik adenomların yaşa göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir. Tümörlerin majör tükrük bezlerinde 20 yaşından itibaren görülmeye başladığı ve en sık olarak 30 - 40 yaş grubunda toplandığı görülmektedir. Serimizde en küçük hasta 16, en büyüğü 67 yaşında olup yaş ortalaması 35.8 yıldır.

TABLO II : YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

	0-9	10-19	20-29	30-39	49-49	50-59	60-69	70
Parotis			5	5	3	2		
Submaxiller G.				2		1	1	
Minör T.B.		1	1	1	1			
<b>Toplam</b>		<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	

Vakalarımızın cinse göre dağılımı Tablo III de gösterilmiş olup, tüm vakaların % 64 ünü kadınlar, % 36 sını erkekler oluşturmaktadır.

TABLO III : SEKSE GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%
Parotis	6	26	9	38
Submaxiller G.	1	5	3	13
Minör T.B.	1	5	3	13
<b>Toplam</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>15</b>	<b>64</b>

Hastaların yakınmalarının başlangıcı ile kliniğimize müracaatları arasında geçen süre 1,5 ay ile 20 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 4 yıldır.

Kliniğimize müracaatından 4 yıl önce olmak üzere, farklı kliniklerde, değişik tarihlerde 3 defa ameliyat edilmiş ve bu arada komple fasial sinir paralizisi gelişmiş, parotise lokalize neoplazmı olan bir hasta dışında diğer tüm hastalara ilk defa kliniğimizde müdahale edilmiştir. Ameliyat öncesi yapılan muayenelerde bu hasta dışında parotise lokalize hastalığı olan diğer hastaların hiçbirinde fasial sinir fonksiyonlarında herhangi bir bozukluk saptanmamıştır. Muayenelerde tümöral kitleler genellikle ağrısız, mobil ve kısmi hareketli, en küçüğü 1x1 cm, en büyüğü 8x10 cm (ortalama 3x4 cm) olmak üzere, düzgün kenarlı veya nodüler yapı gösterir şekilde bulunmuşlardır.

Daha önce mükerrer ameliyat geçiren hasta dışında diğer tüm majör tükrük bezi tutulumlarında kitlelerin lokalizasyonu ve hac-

mi hakkında bilgi edinilmek amacıyla sialografi yapmıştır. Hastaların hiçbirinde teşhis amacıyla iğne biopsisi veya insizyonel biopsi uygulanmamıştır. Kesin tanı ameliyat sonu elde edilen spesmenlerin histopatolojik incelenmesi ile konulmuştur.

Tümöral kitlelerin parotis yüzeyel lobundan köken aldığı 13 vakada parsiyel parotidektomi, her iki lobu da işgal ettiği saptanan bir vakada total parotidektomi uygulanmıştır. Tüm hastalarda fasial sinir korunmuştur. Daha önce 3 kez ameliyat geçiren ve fasial paralizisi olan vakada ise total parotidektomi ile aynı taraf radikal boyun disseksiyonu uygulanmış ve daha önce yapılan ameliyatlara ait cilt, cilt altı skar dokuları spesmene dahil edilmiştir. Submandibuler gland kökenli 4 vakamızda submandibuler gland eksizyonu uygulanmıştır. Minör tükrük bezlerinden gelişen tümörler ise cerrahi ameliyat sınırları göz önüne alınarak geniş şekilde eksize edilmişlerdir. Hastalarımızda uyguladığımız tedavi şekilleri Tablo IV de gösterilmiştir.

TABLO IV : UYGULADIĞIMIZ TEDAVİ ŞEKİLLERİ

	Subtotal parotidektomi	Total parotidektomi	Total parot. +RBD	Submaxiller G. eksizyonu	Kitle eksizyonu
Parotis	13	1	1		
Submaxiller G.				4	
Minör T.B.					4

Hastaların tümünde ameliyat sonrası histopatolojik tanıları pleomorfik adenom olarak rapor edilmiş ve radikal boyun disseksiyonu yapılan hastada metastaz saptanmamıştır.

Parsiyel parotidektomi yapılan hastalardan birinde ve total parotidektomi yaptığımız hastada, daha sonra tam olarak düzelen geçici fasial sinir parezisi dışında herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Ameliyat öncesi fasial sinir paralizisi olan hastada ameliyat sırasında fasial sinir tamiri mümkün olmamıştır.

Hastalarımızın hiçbirinde bugüne kadar yapılan kontrollerinde nüks gözlenmemiştir.

**TARTIŞMA :** Benign mixt tümör veya diğer adıyla pleomorfik adenoma tükürük bezlerinin en sık görülen tümörüdür. Pleomorfik adenomlar tükürük bezleri içinde en sık parotiste ve daha sonra submandibular glandda görülür. Sublingual glandda ise oldukça nadirdir. Minör tükürük bezleri içinde en sık rastlandığı yer damak, daha sonra da üst dudaktır (3).

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür. Bazı serilerde bu oran 4/3 oranına kadar çıkmaktadır. Çocuklarda nadir olan hastalık umumiyetle 20 yaş sonrasında çalışmaya başlar. En sık olarakta 40 yaş civarında gözlenir (14).

Kendi vakalarımızda tüm tükürük bezi neoplazmalarının % 69.6 sının pleomorfik adenom olduğu, bunların % 65.2 inin parotiste, % 17.4 ünün submandibular glandda, % 17.4 ününde minör tükürük bezlerinde yerleştiği gözlenmiştir. Vakaların % 64 ünü kadınlar, % 36 sını erkekler oluşturmuştur (Tablo III). Hastalarımızın yaş ortalaması da 35,8 yıl olarak saptanmıştır (Tablo II).

Ağrısız yavaş büyüyen başlangıçta düzgün kenarlı olan tümöral kitleler hastalar tarafından sıklıkla önemli bir rahatsızlığa yol açmadığı için önemsenmemekte ve hekime müracaat oldukça geç olabilmektedir. Hastalarımızda, yakınmanın başlaması ile kliniğimize müracaat arasında geçen süre, ortalama 4 yıl olarak bulunmuştur.

Teşhiste, fizik muayene en önemli etaptır. Bu muayene inspeksiyon, palpasyon ve oskültasyonu da içermelidir. Radioizotop skeningde (Tc 99) soğuk nodül olarak görülmesi ile Warthin tümörü ve onkositomalardan ayırtedilebilir. Diğerleri ile olan ayırıcı tanıda yardımcı olmaz (4). Ultrasound kistik lezyonların tanınmasında ve bazen iyi huylu tümörlerle kötü huylu tümörlerin ayırtedilmesinde yararlı olabilmektedir (1). Düz radyografilerin yararlı olmamakta, sialografler ile de kesin tanıdan ziyade, kitle lokalizasyonu ve hacmi açısından bilgi edinilebilmektedir. Birlikte uygulanan sialografi ve kompitürize tomografi ile daha yararlı bilgiler elde edilebilmekte, iyi huylu tümörler ile malign tümörler sıklıkla ayırtedilebilmektedir (12).

Ameliyat öncesi iğne ile aspirasyon biyopsisi ve insizyonel biyopsi ekime yol açmakta ve ameliyat sonu nüks oranını arttırmaktadır (3, 9, 10, 15). Ameliyat esnasında frozen section şeklinde yapılacak incelemeler malignite hakkında fikir verebilirse de deneyimli bir ekip çalışmasını ve imkanları gerektirmekte ve zaman zaman en iyi merkezlerde bile hatalar olabilmektedir. Kesin tanı için en iyi yol kitlenin geniş olarak eksizyonu ile elde edilecek spesmenin histopatolojik olarak incelenmesidir. Geniş eksizyondan kasıt parotiste lokalize neoplazmda superfisiyal veya total parotidektomi, submandibular gland lezyonunda submandibular glandın tamamen çıkarılması, minor tükürük bezlerinden gelişmiş tümörlerde de etrafta emniyetli bir marj bırakılarak tümöre yaklaşımdan eksizyon belirtilmektedir. Bu tür yaklaşımlar ile nüks oranının % 2 civarında olduğu bildirilmiştir (15). Enükleasyonda ise bu oran % 20 - 30 dolayında olmaktadır (8). Ameliyat sırasında geride tümöral doku bırakılması veya tümörün rüptürü ile ekim olması nükslerin esas sebebini teşkil eder (3, 14).

Hoşal (9) 1971 yılında ve yine Hoşal ile arkadaşları (10) 1982 yılında yayınlanan çalışmalarında, tükürük bezi tümörlerinde yeterli teşhis ve tedavilerin nükslerin esas sebebini teşkil ettiğini ileri sürmüşler ve tükürük bezi tümörlerinde teşhis ve tedavide uyulması gereken prensipleri ayrıntılı bir şekilde ortaya koymuşlardır.

Oldukça nadir olmakla beraber hiç ameliyat olmamış hastalarda aynı tükürük bezinde birden fazla veya aynı şahısta değişik tükürük bezlerinde lokalize pleomorfik adenomaya rastlanabilmektedir (4). Biz hastalarımızın hiçbirinde heriki şekle de ait bulgu saptayamadık.

Parotidektomi tarzında yapılan ameliyatlarda en önemli ameliyat sonrası komplikasyonlar, fasiyal sinir yaralanmaları ve Frey sendromudur. Geçici parezilerin % 41 e kadar çıktığı vakalar bildirilmiştir (15). Fakat kalıcı parezi ve paraliziler nadirdir. Frey sendromu ise daha sık olarak görülmektedir (% 12 - 20). (13, 15).

Tanı için vakalarımızda sadece detaylı fizik muayene ve sialografi yapılmıştır. Tanı için hiçbir hastamızda iğne biyopsisi ve insizyonel biyopsi uygulanmamıştır.

Batsakis (2) ve Eneroth'un (5) görüşleri doğrultusunda daha önce 3 kez ameliyata rağmen nüks eden lokal ve kompie fasiyal paralizi olan hastada ise özellikle pleomorfik adenoma içinde gelişen karsinom (Carcinoma expleomorphic adenoma) düşünerek vakayı uzak metastazlar açısından inceledik. Bu hastamızda aynı taraf üst jugulerde saptanan lenfadenopati dışında başkaca patolojik bulgu gözleyemedik.

Klinik incelemeler sonu Tablo - IV de gösterildiği gibi hastalarımızın 13'de subtotal parotidektomi, birinde total parotidektomi, birinde total parotidektomi + radikal boyun diseksiyonu, 4'de submandibular gland eksizyonu ve 4'de total kitle eksizyonu uygulandı. Ameliyat sonu ameliyata bağlı olarak 2 (% 9) hastamızda gelişen geçici fasiyal parezi dışında başkaca bir komplikasyona rastlanmadı. 23 hastamızdan biri 6 ayını, 3'ü bir yılını, 3'ü iki yılını, 8'i üç yılını ve 8'i beş yılını nüks göstermeden aşmış durumdadır.

Gözden geçirdiğimiz literatür bilgileri ve kendi çalışma ve tecrübelerimize dayanarak sonuç olarak şunları söyleyebiliriz :

Tükrük bezi tümörü düşünülen hastalarda son derece titiz bir şekilde fizik muayene yapılmalı ve bulgular ciddi bir şekilde değerlendirilmelidir.

Ameliyat öncesi eldeki imkanlarla tümörün lokalizasyonu ve natürü hakkında bilgi edinilmeye çalışılmalıdır.

Teşhis için iğne biyopsisi veya insizyonel biopsiden kaçınılmalıdır.

Kitlenin malign olma ihtimali akıldan uzak tutulmamalı, hatta aksi ispat edilene kadar da böyle kabul edilmelidir.

Kitle parotiste ise bulgulara göre parsiyel veya total parotidektomi, submandibular glandda ise tüm glandın eksizyonu, minor bezlerden gelişmişse lokalizasyona göre cerrahi eksizyonu uygulanmalı, tümör rüptüre edilmeden ve çevrede geliştiği bölgenin asıl dokusunu emniyetli bir şekilde içerir vaziyette çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Baker SR, Ossoining KC : Ultrasound Evaluation of salivary Glands. Trans Ame Acad Ophthalmol 84 : 750, 1977.
2. Batsakis JG : Pathology Consultation Malignant Mixed Tumor Ann Otol Rinol Laryngol 91 : 342, 1982.
3. Batsakis JG : Tumors of the Head and Neck. Ed. Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1974, Chap. I - II.
4. Bahnke EE Jr : Unilateral Multiple benign mixed tumors of the Parotis Gland Laryngoscope 92 : 1265, 1982.
5. Eneroth CM : Histological and Clinical aspects of parotid tumors. Acta Otolaryngol (Suppl.) 191 : 1 - 99, 1964.
6. Eneroth, CM : Salivary Gland Tumors in the parotid gland, submandibular gland and palate region. Cancer 27 : 1415, 1971.
7. Eneroth CM, Zetterberg A : Malignancy in pleomorphic adenoma. A Clinical and microspectrophotometric study. Acta Otolaryngol (Stockh) 77 : 426, 1974.
8. Foot FW, Frazell EL : Tumors of the major salivary glands. Canser 6 : 1065, 1953.
9. Hoşal İN : Tükriük bezleri tümörlerinde yetersiz tedavi. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 4, 1 : 1, 1971.
10. Hoşal İN, Ceryan, K, Turan E : Parotis tümörlerinin cerrahi tedavisinden aldığımız sonuçlar. XV. Türk ORL Milli Kongre Kt. İst. Çeltüt Mtb. 523, 1982.
11. Leegaard, T, Lindeman E : Salivary Gland Tumors Clinical picture and treatment. Acta Otolaryngol 263 : 155, 1970.
12. Rice DH, Mancuso AA, Harafee WN : Computerized tomography with simultaneous sialography in evaluating Parotis tumors. Arch Otolaryn. 106 : 473, 1980.
13. Richardson GS, Dickson WL, Gaisford JC, et al : Tumor of salivary glands, Plastic Reconstructive Surgery 55 : 131, 1975.
14. Tackray, AC, Lucas RB : Tumors of the major salivary glands, Atlas of tumor pathology. fascicle 10, Armed Forces Institute of pathology, Washington. DC. 1974.
15. Woots JE, Chong GC, Beahrs, OH : Experience with 1360 primary parotid tumors. Ame J Surgery, 130 : 460, 1975.