



ODÜ Tıp Dergisi / *ODU Journal of Medicine*  
http://otd.odu.edu.tr

**Olgu Sunumu**

**Case Report**

Odu Tıp Derg  
(2015) 2: 71-74

*Odu J Med*  
(2015) 2: 71-74

**Olgu Sunumu: Parotis Aksesuar Bezinden Kaynaklanan Pleomorfik Adenom**  
*Pleomorphic Adenoma Arising from Accessory Parotid Gland*

**Mukadder Korkmaz<sup>1</sup>, Hakan Korkmaz<sup>1</sup>, Ali Bekir Kurt<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye.

<sup>2</sup>Yrd. Doç Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye.

Yazının geliş tarihi / Received: 5 Mart 2014 / March 5, 2014  
Düzeltilme / Revised: 5 Haziran 2014 / June 5, 2014  
Kabul tarihi / Accepted: 10 Temmuz 2014 / July 10, 2014

**Özet**

Aksesuar parotis bezinin tümörleri nadir görülür. Aksesuar parotis bezinden kaynaklanan bir pleomorfik adenom olgusu sunulmuş ve ana parotis tükrük bezi tümörlerinden farklılık gösterebilen cerrahi eksizyon yöntemleri tartışılmıştır. Eksizyon için standart parotidektomi yaklaşımı tercih edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Parotis, Aksesuar Bez, Pleomorfik Adenom

**Abstract**

Accessory parotid gland neoplasias are rare tumors. In this article, we present a case of pleomorphic adenoma arising from accessory parotid gland. Its surgical excision techniques, which may be different from main parotid gland neoplasias, were assessed. In our case, we preferred standard parotidectomy approach.

**Key words:** Parotid, accessory gland, pleomorphic adenoma

## Giriş

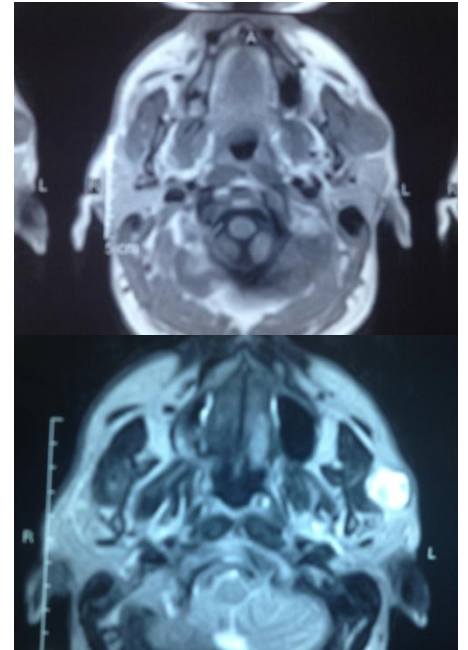
Aksesuar parotis bezi, Stensen kanalına komşu ve ana parotis bezinden ayrı bir doku olarak tanımlanmaktadır. Yapılan anatomik çalışmalarda insanların %21'inde aksesuar parotis bezi olduğu bildirilmiştir (1). Aksesuar parotis bezi yaygın bir anatomik varyasyon olmasına rağmen, bu dokudan kaynaklanan tümörler oldukça nadir görülür. Aksesuar parotis bezin tümörleri tüm parotis bezi tümörlerinin % 1 ila 7.7'sini oluşturmaktadır (2-4). Aksesuar parotis bezinden kaynaklanan tümörlerin 60'ının benign, % 40'ının ise malign olduğu, en sık rastlanan benign tümörün pleomorfik adenom ve en sık malign tümörün ise mukoepidermoid karsinom olduğu bildirilmiştir (5). Sol aksesuar parotis bezinden kaynaklanan bir pleomorfik adenom olgusu ve standart parotidektomi yaklaşımı ile cerrahi tedavisi sunulmuştur.



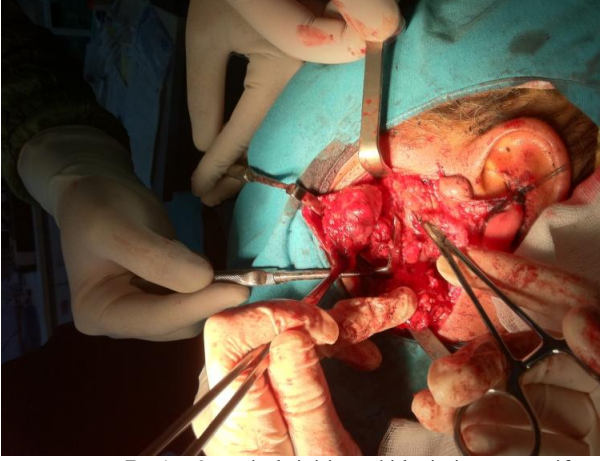
**Resim 1.** 9 yıldır sol yanakta var olan ve son 3 yılda giderek büyüyen maseter adelenin lateralinde ve zigoma altında 3x4 cm'lik, yarı fiske, sert kıvamlı kitle.

## Olgu

Kırkaltı yaşında erkek hasta, 9 yıldır sol yanakta var olan ve son 3 yılda giderek büyüyen kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede solda maseter kasın lateralinde ve zigoma altında 3x4 cm'lik, yarı fiske, sert kıvamlı kitle saptandı (Resim 1). Ultrasonografik incelemede kitlenin düzgün sınırlı, heterojen yapıda olduğu ve vaskülerite artışı göstermediği izlendi. İki yıl önce çekilen MR incelemede ise kitlenin sol maseter kas lateralinde ve parotis bezi anteriorunda yerleştiği, T1'de hipointens, T2'de belirgin hiperintens olduğu ve homojen kontrastlanma gösterdiği tespit edildi (Resim 2 ). Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu benign neoplastik lezyon, öncelikli tanı ise pleomorfik adenom olarak rapor edildi. Genel anestezi altında standart parotidektomi yaklaşımı ve Modifiye Blair insizyonu ile fasiyal sinir ana trunkustan itibaren ortaya konuldu (Resim 3). Fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dalları takip edildi. Bukkal ve zigomatik dallar kitleyi sarmalamıştı ve kitlenin adeta kapsülünde seyrediyordu. Bu sinirler dikkatlice kitleden ayrıldı, Stensen kanalı kitlenin inferomedialinde seyir izliyordu. Kitle total olarak eksize edildi. Post operatif dönemde bukkal dalda parezi izlendi (Resim 4). Post operatif birinci haftada parezi düzelme gösterdi ve dördüncü haftada da tamamen düzeldi. Patoloji sonucu pleomorfik adenom olarak bildirildi.



**Resim 2.** Sol maseter adele lateralinde ve parotis bezi anteromedialinde yerleşen, T1'de hipointens, T2'de belirgin hiperintens ve homojen kontrastlanma gösteren iyi sınırlı kitle.



**Resim 3.** Fasiyal sinirin ve kitlenin intraoperatif görüntüsü.



**Resim 4.** Post op gelişen bukkal dalda parezi.

## Tartışma

Aksesuar parotis bezi yaygın bir anatomik varyasyon olmasına rağmen, bu dokudan kaynaklanan tümörler oldukça nadir görülür. Bu tümörler genellikle yanakta, Stensen kanalının hemen üzerinde, ağrısız kitleler olarak ortaya çıkarlar. Tanıda muayene bulguları ile birlikte çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi en sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Preoperatif ince iğne aspirasyon biyopsisi de tanıya büyük ölçüde yardımcıdır. Hastaların çoğunda olduğu gibi, bizim olgumuz da yanakta ağrısız, giderek büyüyen kitle şikayeti ile başvurdu. Ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ile kitlenin tipik olarak aksesuar parotis bezi kaynaklı tümöral kitle olduğu saptandı. Yapılan ince iğne biyopsisinde pleomorfik adenom öncelikli tanı olarak verildi.

Aksesuar parotis bezinden kaynaklanan tümörlerin tedavisi cerrahidir. Uygulanmakta olan cerrahi yaklaşımlar; standart parotidektomi-preauriküler

insizyon ile parotidektomi yapmaksızın eksizyon, orta yanak insizyonu ile kitlenin direkt eksizyonu ve ağız içinden eksizyon olarak sıralanabilir. Son yıllarda yapılan bir yayında ise Xie ve arkadaşları 5 hastada uyguladıkları küçük preauriküler insizyondan endoskopik yaklaşımla aksesuar parotis bez tümörlerinin eksizyonu yöntemini tanıtmışlar ve bir yıllık izlemde postop komplikasyon ve nüks olmadığını bildirmişlerdir (6).

Aksesuar parotis bezi tümörleri tipik olarak fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dalları arasında, Stensen kanalının superolateralinde ve maseter kasın lateralinde yerleşir. Orta yanak insizyonu ile tümöre direkt yaklaşım fasiyal sinirin özellikle bukkal ve zigomatik dalları ile Stensen kanalını tehlikeye atmaktadır. Johnson ve Spiro orta yanak yaklaşımı ile % 40 postop fasiyal sinir disfonksiyonu bildirmişlerdir (3). De Riu ve arkadaşları ise, yalnızca Stensen kanalının posteriorunda, maseter kasın anterior sınırında ve küçük tümörler için orta yanak ya da ağız içinden yaklaşımın tercih edilebileceğini, bu yerleşimdeki tümörlerde fasiyal sinirin tehdit altında olmadığını iddia etmişlerdir. Yazarlar, bunun dışındaki tümörlerde parotidektomi ya da parotidektomi yapmaksızın standart preauriküler yaklaşımla cerrahinin uygun olacağını bildirmişlerdir (7). Gerek kozmetik, gerekse geniş bir cerrahi görüş ile uygun şekilde eksizyona fırsat tanınması ve postop fasiyal sinir fonksiyonlarının minimal olarak etkilenmesi nedeniyle, aksesuar parotis bezi tümörlerinde en çok önerilen ve tercih edilen cerrahi yöntem standart parotidektomi-facelift yaklaşımı ile cerrahidir (2,5,8,9). Yang ve ark. standart parotidektomi-facelift insizyonu ile eksizyon uyguladıkları 32 hastadan oluşan literatürdeki en geniş serilerinde, benign tümör nedeniyle opere edilen vakaların tümünde postop fasiyal sinir fonksiyonunun simetrik olduğunu, malign tümör nedeniyle opere edilen 8 vakanın ise 3 ünde geçici fasiyal parezi geliştiğini bildirmişlerdir. Serilerindeki en büyük kitle 3x4 cm olarak bildirilmiştir (2). De Riu ve ark. ise preauriküler yaklaşımla eksizyon uyguladıkları 4 benign tümörün ikisinde postop ikinci ayda düzelen fasiyal sinir parezi geliştiğini bildirmişlerdir (7).

Bizim olgumuzda tümörün oldukça büyük olması ve fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dallarla yakın ilişkisi nedeniyle diseksiyon sırasındaki sinirin gerilmesine ve manipülasyonuna bağlı postop bukkal dalda parezi gelişmiş ve postop 4. haftada tamamen düzelmiştir.

Sonuç olarak, yanak bölgesinde görülen kitlesel lezyonlarda aksesuar parotis bezinin tümörleri ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalı, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi gibi tetkiklerle kitlenin parotis bezi ile ilişkisi mutlaka ortaya konulmalıdır. Küçük ve anterior yerleşimli kitleler dışında orta yanak ya da ağız içinden yaklaşım tercih edilmemelidir. Genel olarak preauriküler- standart parotidektomi insizyonu ile eksizyon primer cerrahi

yöntem olmalıdır. Cerrahi sırasında fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dalları ile Stensen kanalı titizlikle korunmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Frommer J. The human accessory parotid gland: its incidence, nature, and significance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1977;43(5):671-6. Abstract.
2. Yang X, Ji T, Wang LZ, Yang WJ, Hu YJ, Zhong LP, Zhang CP, Zhang ZY. Clinical management of masses arising from the accessory parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(3):290-7.
3. Johnson FE, Spiro RH. Tumors arising in accessory parotid tissue. *Am J Surg.* 1979;138(4):576-8. Abstract.
4. Perzik SL, White IL. Surgical management of preauricular tumors of the accessory parotid apparatus. *Am J Surg.* 1966;112(4):498-503. Abstract.
5. Lukšić I, Suton P, Rogić M, Dokuzović S. Accessory parotid gland tumours: 24 years of clinical experience. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41(12):1453-7.
6. Xie L, Zhang D, Lu MM, Gao BM. Minimally invasive endoscopic-assisted resection of benign tumors in the accessory parotid gland: 5 case studies. *Head Neck.* 2012;34(8):1194-7.
7. De Riu G, Meloni SM, Massarelli O, Tullio A. Management of midcheek masses and tumors of the accessory parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;111(5):e5-11.
8. Lin DT, Coppit GL, Burkey BB, Netterville JL. Tumors of the accessory lobe of the parotid gland: a 10-year experience. *Laryngoscope.* 2004;114(9):1652-5.
9. Lewkowicz A, Levy Y, Zeltser R, Zagury A, Nahlieli O. Accessory parotid gland masses. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89(5):610-2.