

Parotis Bezi Duktal Karsinomu: Olgu Sunumu

Fahrettin YILMAZ¹, Kaan GİDEROĞLU², Kazım KARAASLAN³, Beyhan YİĞİT¹, Kamil GÜREL⁴, Fahri YILMAZ⁵, Çetin BORAN⁵

Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, ¹Kulak Burun Boğaz AD Bolu, ²Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD Bolu, ³Anestezyoloji AD Bolu, ⁴Radyoloji AD Bolu, ⁵Patoloji AD Bolu

ÖZET

Tükürük bezi duktal karsinomu yaygın servikal lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz ile karakterize oldukça agresif bir tümördür. Hastaların büyük çoğunluğunu 50 yaş veya üzeri erkek olgular oluşturur. Genellikle fasiyal paralizinin eşlik ettiği, hızlı büyüyen, ağrılı sert bir kitle olarak ortaya çıkan duktal karsinomun tedavisi cerrahidir. Total parotidektomi, boyun diseksiyonu ve postoperatif radyoterapi bu tümörün lokal ve bölgesel kontrolünde uygun bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Agresif tedaviye rağmen prognoz çok kötüdür. Uzak metastaz oranı % 46 ile % 66, ölüm oranı ise % 60 ile % 75 arasında değişmektedir. Bu yazıda 67 yaşında erkek hastada parotis bezi duktal karsinomu olgusu sunulmuştur. Hastalığın hem ayırıcı tanısı hem de cerrahi tedavi seçenekleri sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Parotis bezi, tükürük bezi duktal karsinomu

Salivary Duct Carcinoma of the Parotid Gland: A Case Report

SUMMARY

Salivary duct carcinoma is a highly aggressive tumor characterized by an extensive cervical lymph node involvement, and distant metastasis. The majority of patients were male, and aged 50 years or older. Presenting symptoms have included a painful, rapidly enlarging, firm mass, usually associated with facial nerve paralysis. The treatment of salivary duct carcinoma is surgical. Total parotidectomy with neck dissection, and radiation therapy appear to be appropriate for local and regional control of this tumor. Despite aggressive treatment, prognosis is poor, with a frequency of distant metastasis ranging from 46% to 66% and a mortality rate of 60% to 75%. In this paper, we report the case of a 67 - year-old man with salivary duct carcinoma of the parotid gland. Both the differential diagnosis and the surgical treatment options are presented, and the literature is reviewed.

Key Words: Parotid gland, salivary duct carcinoma

GİRİŞ

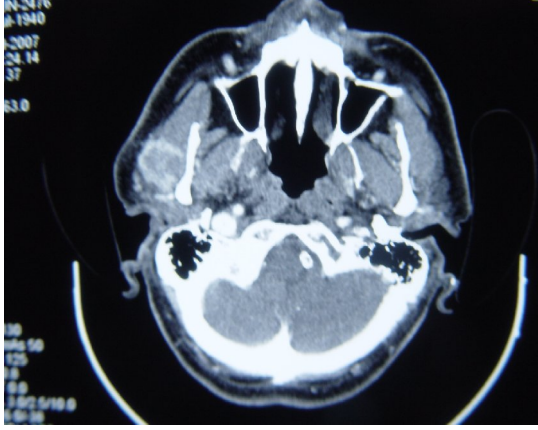
Tükürük bezi duktal karsinomu nadir görülen ve oldukça agresif seyreden bir tümördür (1). İlk defa 1968 yılında Kleinsasser ve arkadaşları tarafından tanımlanan bu tümör, histopatolojik olarak memenin duktal karsinomu ile benzerlik gösterir (1,2). Daha çok majör tükürük bezlerinden, özellikle parotisten, daha az sıklıkta submandibular bez ve minör tükürük bezlerinden kaynaklanır (3). Ağrı, fasiyal sinir paralizisi ve bilgisayarlı tomografide kalsifikasyonların görülmesi duktal karsinom tanısını destekleyen bulgulardır

(1,3). Bu yazıda, 67 yaşında bir erkek olguda sağ parotis bezi duktal karsinomu sunulmaktadır.

OLGU SUNUSU

Altmışyedi yaşında erkek hasta, 20 gündür mevcut olan sağ yüz felci ve sağ kulak ağrısı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede, sağ preaurikular bölgede yaklaşık 1 cm x 1.5 cm x 1.5 cm boyutlarında, sınırları düzensiz, sert, ağrılı kitle tespit edildi. Hastada sağ periferik fasiyal paralizisi mevcuttu. Yapılan bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde sağ parotis bezinin boyutları artmış bulundu. Yüzeysel lob ile yüzeysel ve derin lob

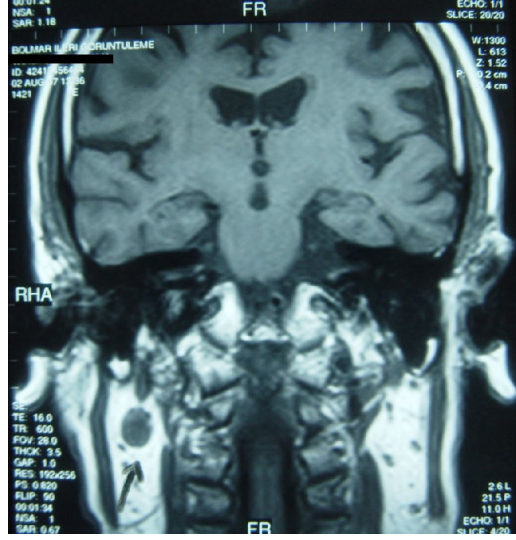
birleşim yerinde 1 cm, 1 cm ve 1.5 cm boyutlarında üç adet kontrast sonrası tutulum gösteren düzensiz sınırlı solid kitle gözlemlendi (Şekil 1,2). Boyunda patolojik lenfadenopati saptanmadı. İnce iğne aspirasyon sitolojisi malign epitelyal tümör olarak geldi. Hastaya total parotidektomi, fonksiyonel boyun diseksiyonu ve sural sinir grefti alınarak fasiyal sinir rekonstrüksiyonu yapıldı. Üst göz kapağına altın implant yerleştirildi. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu tükürük bezi duktal karsinomu (yüksek gradeli invaziv form) olarak rapor edildi (Şekil3). Postoperatif radyoterapi için onkoloji kliniğine gönderilen olgunun 5 aylık takipleri sonucu nüks görülmedi.



Resim 1. Aksiyel planda çekilen BT görüntülemesi. Sağda boyutları artmış parotis bezi izleniyor.

TARTIŞMA

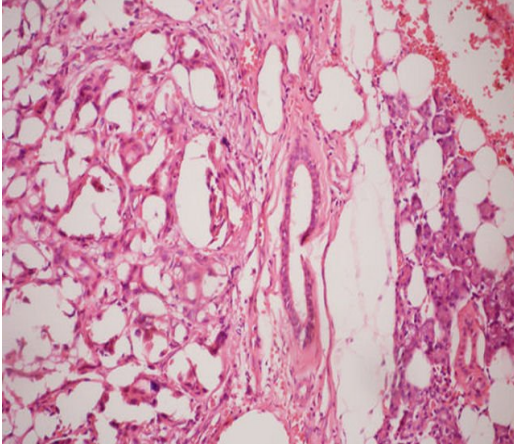
Duktal karsinom tüm tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık % 0.2 ile % 2'sini oluşturur (4). En sık 60-65 yaş aralığında görülür ve erkeklerde kadınlara göre daha sıktır (3,5). Genellikle fasiyal paralizinin eşlik ettiği, hızlı büyüyen, ağırlı sert bir kitle şeklinde ortaya çıkar. Bu tümörün özellikle yüksek dereceli invaziv formu oldukça agresif davranır ve erken metastaz yapma eğilimi gösterir (3).



Resim2. Koronal planda çekilen MR görüntülemesinde sağ parotis bezi duktal karsinomu. Kontrast sonrası tutulum gösteren düzensiz sınırlı solid kitle.

Tükürük bezinin duktal karsinomu, genelde az diferansiye ve hiperkromatik nükleuslu malign epitelyal hücrelerin meydana getirdiği geniş duktuslardan oluşur. Duktusların bir çoğunda memenin komedokarsinomuna benzer özellikler gösteren keskin sınırlı santral nekroz alanları izlenir (6). Belirgin intraduktal komponentin bulunması ve santral komedonekroz varlığı bu tümörü diğer tükürük bezi tümörlerinden ayırmaktadır (6-8).

Ayırıcı tanıda papiller adenokar-sinom, mucoepidermoid karsinom, asinik hücreli karsinom, malign onkositom ve terminal duktal karsinom gibi eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşmuş veya papiller yapıda lümenleri olan tükürük bezi tümörleri düşünülmelidir (6,8). Olgumuz literatürde belirtildiği gibi santral komedonekroz, perinöral invazyon ve stromal dezmozoplazi gibi duktal karsinomun tipik histopatolojik özelliklerini gösteriyordu. Santral komedonekrozu duktal karsinom için diyagnostik olarak kabul eden görüşlere (8) karşılık, bunun duktal karsinom için karakteristik olduğunu, ancak diyagnostik olmadığını ileri süren görüşler de mevcuttur (5,9).



Resim 3. Duktal karsinomun histopatolojik görünümü. Duktal yapılar ve santral komedonekroz alanları. (H&E, X100)

Perinöral ve lenfatik invazyon duktal karsinomun sık rastlanan histolojik özellikleridir. Literatürde fasiyal sinir disfonksiyonu % 29 ile % 62, servikal lenf nodu tutulumu % 59 ile % 83 arasında bildirilmiştir (1,3,5,10-12). Klinik olarak N0 kabul edilen hastaların % 50'sinde histopatolojik olarak lenf nodu metastazı saptanmıştır (1). Bu veriler duktal karsinom tedavisinde elektif boyun diseksiyonunun önemini göstermektedir. Bazı yayınlarda nodal tutulum en önemli prognostik faktörlerden biri olarak gösterilirken (13,14), nodal tutulum ile prognoz arasında bir ilişki olmadığını bildiren yayımlar da bulunmaktadır (1,11,15).

Literatürde uzak metastaz oranı % 33 ile % 66 arasında rapor edilmiştir (11). Duktal karsinomların uzak metastazları sıklıkla akciğer, kemik ve beyine olmaktadır (6,7). Bu tümör % 20 ile % 27 oranında pleomorfik adenom zemininde ortaya çıkmaktadır (1,16). Olgumuzda daha öncesinden pleomorfik adenomu düşündürecek bir bulguya rastlayamadık.

Bilgisayarlı tomografide kalsifikasyon varlığı inflamatuvar tükürük bezi hastalıklarında yaygın bir bulgu olmasına rağmen, tümöral dokuda kalsifikasyon görülmesi duktal karsinom tanısını destekler (1,3). Hoşal ve ark. (1) serilerinde % 33 oranında tomografide kalsifikasyon tespit etmişlerdir.

Bazı araştırmacılar (13,16,18) tümörün büyüklüğü ile prognoz arasında önemli bir ilişki olduğunu ileri sürerken, bazıları da (1,5,11) böyle bir ilişkiyi saptayamadıklarını bildirmişlerdir.

Duktal karsinom tedavisinde total parotidektomi, boyun diseksiyonu ve postoperatif radyoterapi önerilmektedir (1,3,10-18). Agresif tedavide bile prognoz çok kötüdür. Uzak metastaz oranı % 46-66, ölüm oranı ise % 60-75 olarak bildiril-mektedir (3,13,16,17).

Sonuç olarak; tükürük bezi duktal karsinomu nadir görülen ve oldukça agresif seyreden bir tümördür. Erken tanı, total parotidektomi ve boyun diseksiyonunu içeren geniş cerrahi rezeksiyon ve postoperatif radyoterapi kombinasyonu bu hastaların tedavisinde daha iyi kür oranı ve daha iyi bölgesel kontrol sağlamaktadır.

Yazışma adresi: Fahrettin Yılmaz, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD 14280 Bolu Türkiye Tel: +90 374 2534656/ 3353 e-mail: drfahrettin@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Hosal AS, Fan C, Barnes L, et al. Salivary duct carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 129:720-725, 2003.
2. de Araújo VC, Kowalski LP, Soares F, et al. Salivary duct carcinoma: cytokeratin 14 as a marker of in-situ intraductal growth. Histopathology. 41:244-249, 2002.
3. Madrigal B, García J, De Vicente JC. Salivary duct carcinoma: an unusual case of long-term evolution. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 88:597- 602, 1999.
4. Valeri RM, Hadjileontis C, Skordalaki A, et al. Salivary duct carcinoma of the parotid gland: report of a rare case with a comparative study of aspiration cytology and histomorphology. Acta Cytol. 49:61-64, 2005.
5. Lewis JE, McKinney BC, Weiland LH, et al. Salivary duct carcinoma. Clinicopathologic and immunohistochemical review of 26 cases. Cancer. 77:223-230, 1996.
6. Akın İ, Erdal F, Han Ü ve ark. Larenksin minör tükürük bezi orijinli duktal karsinomu.

- K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi. 7:110-113, 1999.
7. Chen KT, Hafez GR. Infiltrating salivary duct carcinoma. A clinicopathologic study of five cases. Arch Otolaryngol. 107:37-39, 1981.
 8. Garland TA, Innes DJ, Fechner RE. Salivary duct carcinoma: an analysis of four cases with review of literature. Am J Clin Pathol. 81:436-441, 1984.
 9. Khurana KK, Pitman MB, Powers CN, et al. Diagnostic pitfalls of aspiration cytology of salivary duct carcinoma. Cancer. 25:373-378, 1997.
 10. Frankenthaler RA, Luna MA, Lee SS, et al. Prognostic variables in parotid gland cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 117:1251-1256, 1991.
 11. Colmenero Ruiz C, Patrón Romero M, Martín Pérez M. Salivary duct carcinoma: a report of nine cases. J Oral Maxillofac Surg. 51:641-646, 1993.
 12. Guzzo M, Di Palma S, Grandi C, et al. Salivary duct carcinoma: clinical characteristics and treatment strategies. Head Neck. 19:126-133, 1997.
 13. Brandwein MS, Jagirdar J, Patil J, et al. Salivary duct carcinoma (cribriform salivary carcinoma of excretory ducts). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. Cancer. 65:2307-2314, 1990.
 14. Luna MA, Batsakis JG, Ordóñez NG, et al. Salivary gland adenocarcinoma: a clinicopathologic analysis of three distinctive types. Semin Diagn Pathol. 4:117-135, 1987.
 15. Afzelius LE, Cameron WR, Svensson C. Salivary duct carcinoma: a clinicopathologic study of 12 cases. Head Neck. 9:151-156, 1987.
 16. Delgado R, Vuitch F, Albores-Saavedra J. Salivary duct carcinoma. Cancer. 72:1503-1512, 1993.
 17. Barnes L, Rao U, Krause J, et al. Salivary duct carcinoma. Part I. A clinicopathologic evaluation and DNA image analysis of 13 cases with review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 78:64-73, 1994.
 18. Hui KK, Batsakis JG, Luna MA. Salivary duct adenocarcinoma: a high grade malignancy. J Laryngol Otol. 100:105-14, 1986.