

# PLEOMORFİK ADENOM

## OLGU BİLDİRİMİ

Serhat Yalçın<sup>1</sup> Sel Yıldırım<sup>2</sup> A. Ferdağ Şenkesen<sup>2</sup> Hakkı Tanyeri<sup>1</sup> Vakur Olgaç<sup>3</sup>

Yayın kuruluşuna teslim tarihi : 16.1.1995

Yayına kabul tarihi : 13.4.1995

### Özet

*Pleomorfik adenom (PA) epitelyal kökenli bir tümördür. Selim mikst tümör olarak da adlandırılan bu tümör, büyük veya küçük tükürük bezlerinden kaynağım almaktadır. Tüm tükürük bezi tümörlerinin % 75'ini oluşturan bu tümör sıklıkla damak mukozası, üst dudak, dil ve yanakta görülmektedir. Pleomorfik adenom'un tedavisi cerrahi olarak tümörün çıkartılmasıdır. Bu yazıda, damakta lokalize olmuş ve farklı tekniklerle tedavi edilmiş iki PA olgusu bildirilmiştir.*

*Anahtar sözcükler: Pleomorfik adenom, minör tükürük bezi.*

### GİRİŞ

Pleomorfik adenom (PA) büyük veya küçük tükürük bezlerinin kanal epitelinde ve myoepitelyal hücrelerden kaynaklanan selim karakterli, epitelyal bir tümördür (2,6,9,17,18). Selim mikst tümör olarak da adlandırılan bu tümörü, Elder ve ark. (6) ilk defa Bilroth'un tanımladığını ileri sürmüşlerdir.

PA tüm ağız tümörlerinin yaklaşık % 5'ini, tükürük bezi tümörlerinin % 75'ini, selim tükürük bezi tümörlerinin ise yaklaşık % 90'ını oluşturur (6,17,18). PA, büyük tükürük bezleri arasında en sık parotis bezinde, nadiren de sublingual bezde lokalize olurken, küçük tükürük bezlerinde ise sert damakta sıklıkla görülmektedir. Bunu sırası ile üst dudak, dil, yanak, ağız tabanı izlemektedir. Tümörün sert damakta sıkça gelişmesinin nedeni, bu alandaki glandüler yapının bol olması ile açıklanmaktadır (6,20). Alt dudak lokalizasyonu çok nadirdir (2,3,5,9,14,20). PA genellikle yaş ve cinsiyet ayırımı yapmaz, ancak 30 yaşından sonra ve kadınlarda daha sık görülür (3,6,8,17). Çocuklarda ise selim tükürük bezi tümörleri nadirdir ve PA bu

### PLEOMORPHIC ADENOMA (CASE REPORT)

#### Abstract

*As is known pleomorphic adenoma (PA) is a benign epithelial tumor. It is also termed as mixed tumor which is originated from minor or major salivary glands. This tumor comprises of % 75 of the total salivary gland tumors and frequently located in the palate, upper lip, tongue and cheek. The treatment of choice in PA is surgical excision. In this article, two cases of PA localized in the palate and treated with two different surgical intervention were reviewed.*

*Key words: Pleomorphic adenoma, minor salivary gland.*

dönemde en sık karşılaşılan tümör tipidir. Tümör çocuklarda genellikle parotis ve submandibuler bezlerde lokalize olur, erişkinlere nazaran sert damakta lokalizasyon oldukça nadirdir (1).

Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber bazı vakalarda travma, diş çekimi ve kronik irritasyonun tümörün gelişiminde etkili olabileceği belirtilmektedir (2,14). Bu makalede farklı tekniklerle tedavi edilen, damakta lokalize olmuş iki PA olgusu bildirilmiştir.

### OLGU 1

26 yaşında bayan hasta (Prot. no: 1681/93) üst çenesinin damak tarafındaki şişlik şikâyeti ile kliniğimize müracaat etti. Hastanın hikâyesinde, bu şişliği yaklaşık 4 sene önce fark ettiği ve başlangıçta küçük iken zamanla büyüdüğü, bir aydan beri de bu bölgede oluşan ağrıdan şikâyeti olduğu saptandı. Hastanın klinik muayenesinde sağ palatinal bölgede 46-41 dişlerin olduğu alanda orta hattı geçen, üzerini örten mukozaya sıkıca yapışan sert bir şişlik saptandı (Resim 1). Kitle üs-

1 Doç Dr İ Ü Diş Hek Fak Ağız Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

2 Doç Öğr İ Ü Diş Hek Fak Ağız Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

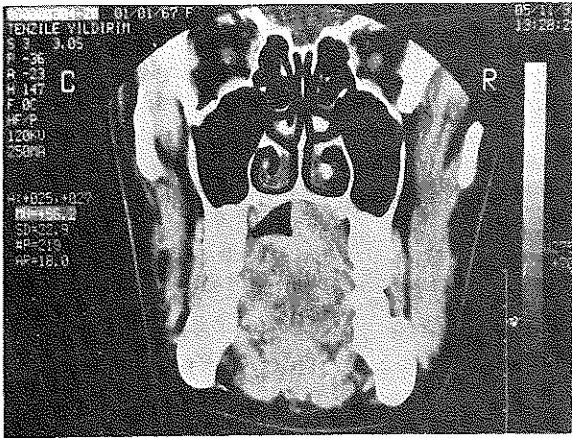
3 Dr İ Ü Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji Bilim Dalı

tündeki mukoza normal renkte idi. Panoramik ve periapikal radyografilerde herhangi bir patoloji saptanamadı. Hastadan lokal anestezi altında insizyonel biopsi alındı ve PA ön tanısı ile İÜ Onkoloji Enstitüsü Tümör Patoloji Birimi'ne gönderildi. Histopatolojik tanı PA olarak kondu. (Biopsi No: 2189/93). Kidenin büyüklüğü ve çevre dokulara infiltrasyon göstermesi nedeniyle hastadan bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi (Resim 2). BT sonucunda yuvarlak, homojen yapıda tümöral kitle gözlemlendi. Tümörün kemiğe invaze olmadığı saptandı. Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Tümör, üzerindeki mukoza ile birlikte etrafındaki sağlam dokulardan geçen bir insizyon yardımı ile çıkartıldı. Çıplak kemik kaim rond frez kullanılarak bir miktar aşındırıldı. Hemostaz, elektrokoter ile sağlandı, foramen palatinum majus etrafındaki kanama bone wax kullanılarak durduruldu (Resim 3). Yumuşak damaktaki defekt 3/0 katgüt ile primer kapatılırken, sert damaktaki yara, üstüne gaz iyodoform yerleştirile-

Resim 1. 1. olguda tümörün intraoral görünümü.



Resim 2. 1. olguya ait bilgisayarlı tomografi.



rek ve daha önce hazırlanmış olan cerrahi plak ile kapatılarak sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hastaya uygun antibiyotik ve analjezik verildi. Operasyon sonrası iyileşme komplikasyonsuz geçti ve yaklaşık 5 hafta içerisinde damaktaki epitelizeasyon tamamlandı.

## OLGU 2

51 yaşında erkek hasta (Prot. No: 158/94) üst çene sert damaktaki şişlik nedeni ile kliniğimize müracaat etti (Resim 4). Hasta hikayesinde yaklaşık bir yıl önce üst sağ ikinci büyük azı dişinin çekilmesi sonrasında bu şişliği farkettiğini, bu süre içerisinde yavaşça büyüdüğünü ve son zamanlarda oluşan ağrılardan rahatsız olması üzerine kliniğimize müracaat ettiğini ifade etti. Hastanın klinik muayenesinde sert damak sağ tarafında büyük azı dişlerinin olduğu bölgede üzeri normal mukoza ile örtülü ve ona yapışık olmayan, hare-

Resim 3. 1. olguda tümör eksizyonundan sonra intraoral görünüm.



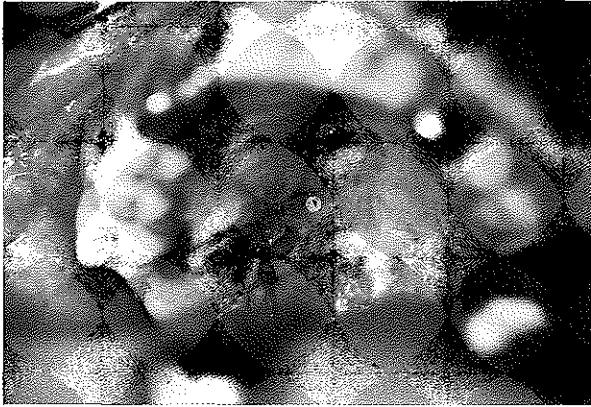
Resim 4. 2. olguda tümörün kitlesine bağlı sağ palatinal bölgede şişlik.



ketli, palpasyonda ağrısız kitle tespit edildi. Radyografide herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Lokal anestezi altında insizyonel biopsi ve PA ön tanısı ile İ Ü Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi Birimi'ne gönderildi. Histopatolojik tanı PA olarak kondu (Biopsi No: 308/94). Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı.

Tümör, tam ortasından geçen bir insizyon yardımı ile enükle edildi (Resim 5).

Resim 5. 2. olguda tümör çıkartıldıktan sonra intraoral görünüm.



Postoperatif antibiyotik ve analjezik verildi. İyileşme dönemi komplikasyonsuz geçti. Hasta olası bir residiv ihtimali gözönüne alınarak düzenli kontrollere çağrıldı.

## TARTIŞMA

Çeşitli araştırmacıların retrospektif çalışmalarından elde ettikleri sonuçlar Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir (3-7, 10-12, 14, 15, 19).

PA, klinik olarak genellikle sarı-beyaz ya da mavimtrak renkte, lobüllü yapıda, sert kıvamlı bir şişlik şeklindedir (2,5,9). Bizim her iki olgumuz da bu özellikleri taşımaktaydı.

Tümörün en önemli özelliklerinden biri yavaş gelişim göstermesi, ağrıya neden olmaması ve herhangi bir belirti vermeden uzun yıllar ağızda kalabilmesidir. Ancak özellikle damakta lokalize olan tümörler, çiğneme ve yutkunma güçlüğüne neden olabilmektedir. Oldukça büyük boyutlara ulaşabilmesine rağmen üzerini örten mukozada nadiren ülserasyon görülür. Kitle, psödokapsül denilen ve çoğu zaman çevre sağlam dokular içine doğru uzantılar yapabilen bağ dokusu ile çevrelenmiştir. Tümör üzerindeki mukoza membra-

Tablo 1. Farklı araştırmacılara göre minör tükürük bezi tümörleri (selim ve habis) arasındaki PA sıklığı

Araştırmacılar	Toplam Minör Tükürük Bezi Tümörleri	PA Olgusu	PA Sıklığı (%)
Smith (1962)	38	24	63.2
Spiro ve ark. (1973)	492	53	10.8
Isacsson ve Shear (1983)	201	141	70
Chaundhry ve ark. (1984)	189	92	48.7
Eveson ve Cawson (1985)	336	143	42.6
Chau ve Radden (1986)	98	53	54.1
Waldron ve ark. (1988)	426	174	41
Heerden ve ark. (1991)	70	34	48
Rippin ve Potts (1992)	194	77	39.7

Tablo 2. Çeşitli çalışmalarda damakta lokalize olmuş PA Sıklığı

Araştırmacılar	Toplam PA Olgusu	Damak Lokalizasyonu	PA Sıklığı (%)
Chaundhry ve ark. (1961)	40	23	60
Elder ve ark. (1961)	185	15	8.1
Smith ve ark. (1962)	24	7	29
Spiro ve ark. (1973)	53	41	77
Isacsson ve Shear (1983)	140	113	81
Chaundhry ve ark. (1984)	86	56	65
Eveson ve Cawson (1985)	143	86	47
Chau ve Radden (1986)	174	94	54
Heerden ve ark. (1991)	34	31	91
Rippin ve Potts (1992)	77	47	61

nına tutunurken, derin dokularla genellikle sıkı bir bağlantısı olmayıp, hareketlidir (2,3,6,7,9,13, 17,18). Bizim ilk olgumuzda, tümör üzerindeki mukozaya sıkıca yapışık iken, diğer olguda kitle hareketli ve üzerindeki mukozaya yapışık değildi.

Tümör mikroskopik olarak farklılıklar göstermektedir. Lezyon içerisinde tükürük kanalı epitel hücreleri ve genellikle keratinizasyon gösteren skuamöz metaplazi alanları gibi çok çeşitli epitelyal yapılar yanında fibröz, miksomatöz, kırdak ve kemik dokuları içeren alanlara da rastlanabilmektedir (2,9,18). Tümörün ayırıcı tanısı, aynı bölgede oluşabilecek kist, abse, osteom, torus palatinus ve diğer selim tümörlerle yapılmalıdır. Uzun süredir mevcut olan kitlenin son za-

manlarda hızlı bir gelişim göstermesi, mukoza ve ciltte ülserasyona, kemikte infiltrasyona, çiğneme kaslarını etkileyip trismus neden olması malign transformasyonu düşündürmelidir (2,6,9,18).

PA'nın tedavisi, tümörün sağlam doku ile beraber geniş ekzisyonu (2,6,9,15-18). PA, selim tükürük bezi tümörleri içinde en sık residiv yapandır (% 5-30) (6,9,15,17,18). Bunun nedeni ise, çevre dokular içerisine doğru mikroskopik uzantılar yapması ve operasyon sırasında bunun belirlenmesinin güç olmasıdır. Residiv riskinin yüksek olması nedeniyle, geniş ekzisyonu ilave olarak residüel tümör hücrelerinin ortadan kaldırılması için, cerrahi sınırlarda elektrokoterizasyon önerilmektedir (9). Residiv ihtimalinin yüksek olmasına karşın habasete dönüşüm olasılığının çok az

olması nedeni ile daha konservatif yaklaşımlar önerilmektedir (9,18). Ayrıca tümör ışına da duyarlı değildir. Hastanın postoperatif dönemde uzun süre takip edilmesi residivi saptamak açısından önemlidir (2,6,9,17,18). Austin ve Crockett (1) ve Elder ve ark. (6) palatinal bölgede lokalize olmuş PA'lı olgularını tümör üzerindeki sağlam mukozayı koruyarak tedavi etmişler ve residive rastlamamışlardır. Biz ilk olgumuzda, tümörü üzerindeki sağlam dokuya çok sıkı yapıştığı için geniş olarak eksize etmemize karşın, 2. olgumuzda tümörün etrafındaki yumuşak dokuya yapışık olması ve hastanın postoperatif şikayetlerinin daha az, iyileşmenin daha hızlı olacağını düşünerek mukozayı koruduk. Şu anda, her iki hastamız da olası bir residiv açısından takibimiz alundadır.

### KAYNAKLAR

1. Austin JR, Crockett DM. Pleomorphic adenoma of the palate in child. *Head and Neck* 1992; **14**: 45-61.
2. Cawson RA. Essentials of Dental Surgery and Pathology. 5th ed. Longman Group Ltd. UK, Singapore: 1991: 403-5.
3. Chau MNY, Radden BG. Intraoral salivary gland neoplasms. A retrospective study of 98 cases. *J Oral Pathol* 1986; **15**: 339-42.
4. Chaundhry AP, Vicker RA, Gorlin R. Intraoral minor salivary gland tumors. An analysis of 1414 cases. *Oral Surg* 1961; **14**: 1194-226.
5. Chaundry AP, Labay GR, Yamane GM, Jacobs MS, Cutler LS, Watkins KV. Clinicopathologic and histogenetic study of 189 intraoral minor salivary gland tumors. *J Oral Med* 1984; **39**: 58-78.
6. Elder HK, Kline SN, Fader M. Mixed tumors of the palate: a statistical survey and report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; **14**: 257-69.
7. Eveson JV, Cawson RA. Salivary gland tumors. A review of 2140 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. *J Pathol* 1985; **146**: 51-8.
8. Evenson JV, Cawson RA. Tumors of the minor (oropharyngeal) salivary glands: a demographic study of 336 cases. *J Oral Pathol* 1985; **14**: 500-9.
9. Krtiger GO. Text book of Oral and Maxillofacial Surgery. 6th ed. The CV Mosby USA: 1984: 659-79.
10. Heerden WFP, Raubcnheimer EJ. Intraoral salivary gland neoplasm: A retrospective study of 70 cases in an African population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; **71**: 579-82.
11. Isacson G, Shear M. Intraoral salivary gland tumors. Retrospective study of 201 cases. *J Oral Pathol* 1983; **12**: 57-62.
12. Rippin JV, Potts AJC. Intraoral salivary gland tumors in the West Midlands. *Br Dent J* 1992; **173**: 17-9.
13. Smith JF. Tumors of the salivary glands with a review of 150 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1960; **13**: 850-7.
14. Smith JF. Tumours of the minor salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; **15**: 594-602.
15. Spiro RH, Koss LG, Hadju SI, Stogn EW. Tumors of minor salivary gland origin. A clinicopathological study of 492 cases. *Cancer* 1973; **31**: 117-29.
16. Tran L, Sodeghi A, Hanson D, Ellerbrock N, Calcaterra T, Parker RG. Salivary gland tumors of the palate: The UCLA experience. *Laryngoscope* 1987; **97**: 1343-5.
17. Tran SDT, Cree E. Adenoma pleomorphe. *J Can Dent Assoc* 1993; **59**: 288-90.
18. Waite DE. Textbook of Practical Oral Surgery. 2nd ed. Lea and Febiger, Philadelphia: 1978: 401-3.
19. Waldron CA, El-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: A demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; **66**: 323-33.
20. Weisberger E, Luna MA, Guilla mondequi OM. Salivary gland cancers of the palate. *Am J Surg* 1979; **138**: 584-7.

#### Yazışma adresi:

Doç Dr Serhat Yalçın  
İ. Ü. Diş Hek Fak  
Ağız - Diş ve Çene Hastalıkları ve  
Cerrahisi Anabilim Dalı  
34390 Çapa - İstanbul