

Parotis Derin Lobunun Teşhis ve Tedavi Güçlüğü Doğurabilen Mikst Tümörleri

Halit Ziya KONURALP (*), Bedrettin GÖRGÜN (**)

Parotis derin lobunun tümörleri lokalizasyonları dolayısı ile para faringial bölge urları gibi ortaya çıkarak hem teşhis, hemde tedavi yönünden bazı problemler yaratabilmektedirler. Böyle iki hastaya aynı ay içinde müdahale etmiş bulunuyoruz. Orofarinks yan duvarı, tonsilla palatina ve yumuşak damağ bu iki hastada da orta hatta doğru itilme ve kabarma (bulging) gösteriyordu. Hastalarımızın esas şikâyetleri ağız içindeki şişlikten ileri geliyordu. Bu iki hasta münasebeti ile konuyu incelemeyi uygun bulduk.

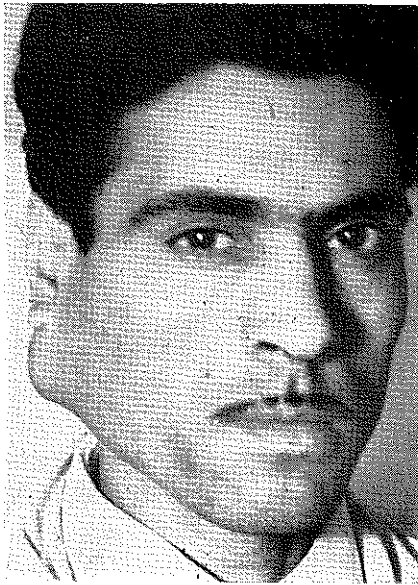
MATERYEL

Vaka I: K.Z. 28 yaşında Keşanlı işçi, ağız içinde sağ tonsilla palatina ve yumuşak damağı dıştan içe doğru iten, mukozayı bozmuş ve aynı taraf parotis lojundaki ufak bir mandalina cesametindeki şişlikten şikâyetle kliniğimize yatırılmıştır (Şekil I). Bu şişlik 2 sene evvel başlayarak tedrici bir büyüme göstermiş. 7 seneden beri günde 1 paket sigara içen hastanın anamnezinde başka önemli bir husus mevcut değildir. Muayenede sağ kulak sayvanı

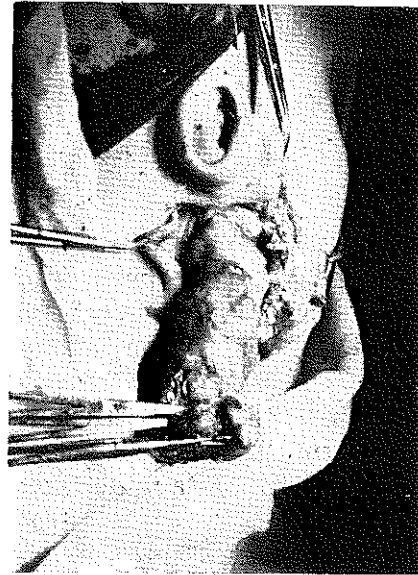
(*) İ Ü. Tıp Fakültesi Çapa II inci Cerrahi Kliniği Kürsü Profesörü

(**) İ. Ü. Tıp Fakültesi Çapa Cerrahi Kliniği Doçenti.

altında ufak mandalina cesametinde üzeri pürtüklü sert kıvamlı, cilde infiltrate olmayan mobilce ve bi manuel muayenede kulak altındaki ve ağız içindeki kitlelerin birbiri ile temadi ettiği intibanı veren tümöral kitle palpe edilmektedir. İtilme ve kabarma gösteren orofarinks mukozası normal görünümündedir. Bu bulgularla müracaat eden hastada parotise ait bir tümör düşünülerek ameliyatla çıkarılma endikasyonu kondu ve genel, intratrakeal intubasyon anestezisi altında ve hastanın sağ yüz yarısı açık bırakılarak, kulak sayvanı önünden, arkasından gelen ve aşağıda sternokleido-mastoid adalesinin ön kenarına paralel bir Y insizyonu ile deri flepleri hazırlandı ve parotis in disseksiyonuna geçildi. Tümörün parotisin derin lobundan çıktığı ve superfisiel lobun nervus facialis liflerinin üzerinde ince bir tabaka halinde bu-



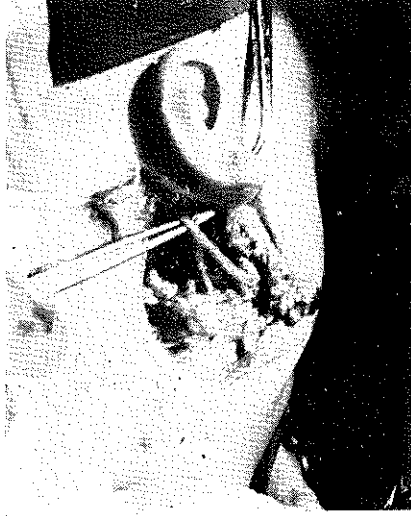
Şekil I : Vaka I in pre operatif resmi, kulak altındaki şişlik görülmektedir.



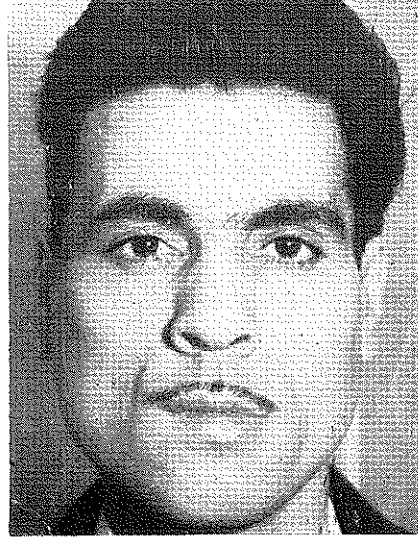
Şekil II : Vaka I deki parotis derin lobundan menşe almış tümörün sinir lifleri ekarte edilerek doğurtulmuş hâli.

lunduğu görüldü. İnce penset ve Mosquito hemostat yardımı ile nervus facialis ana trunkusu, foramen stilomastoideumun biraz üzerinde bulunarak disseke edildi. Sinirin ve dallarının pensetle hafifçe sıkılarak stimüle edilmeleri ve bu esnada hastanın açık bırakılmış yüzünün, yüz kaslarının kontraksiyonlarını aramak i-

çin observe edilmesiyle sinir dallarının idantifikasyon ve disseksiyonu kolaylaştırıldı. Tümör nervus fasialis ve civar dokuları infiltre etmemiş olduğundan selim mikst tümör düşünülerek, sinir disseksiyonla tümörden ayrılıp aşağı doğru ekarte edildi. Parotis glandı civar dokulardan kısmen künt, kısmen de keskin disseksiyonla ve tümörün kapsülü açılmadan disseke edildi. Bu esnada parotis derin lobundan çıkmış tümörün, bir aysberg (iceberg) gibi, 2/3 ünü teşkil eden kısmının parafarenjial bölgeyi doldurduğu ve dışta mandibula ramus'u içte ise farinks yan duvarı ile



Şekil III : Tümör çıkarıldıktan sonra N. Facialis ana trunkuslarının görünümü



Şekil IV : Yüz simetrisinin bozulmamış olduğunu gösteren post operatif resim

komşuluğu tesbit edildi ve tümör künt disseksiyonla adeta plonjan guatr da olduğu gibi parafarenjial mesafeden doğurtuldu (Şekil II). Bu esnada aşağı ekarte edilmiş fasial sinir liflerinin gerilip traumatize olmamalarına dikkat edildi (Şekil III). Total parotidektomi tamamlandıktan sonra fasial siniri pensetle hafifçe sıkmak suretiyle yapılan kontrolde ağız komisürü, orbikularis okuli ve bütün yüz kaslarının kasıldığı yani sinirin leze olmamış bulunduğu tesbit edilip, loja penrose dren konarak ameliyat yarası dikildi ve üzerine kompresif bandaj yapıldı. Orbikularis oris adelesinde post operatif 10 uncu güne kadar hafif bir parezi hali devam etti ise de spontan şifa ile düzeldi (Şekil

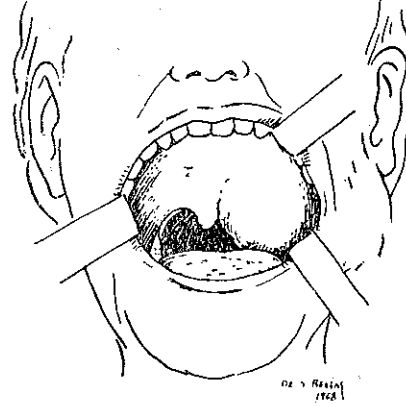
IV). Piyesin patolojik anotomik teşhisi selim mikst tümör olarak bildirilmiştir.

Vaka II : D.D. 42 yaşında Zonguldaklı ev kadını ağız içinden muayenede sol tonsilla palatina, palatum molle'yi orta hatta doğru iten şişlik, bunun tevlit ettiği disfaji ve sol kulak önu ve altındaki şişlikten şikâyetle kliniğe yatırılmıştır (Şekil V, Şekil VI).

Orofarinksteki şişlik üzerinde mukoza salim görünümde olup bimanuel muayenede ağız içinden görülen tümör ile kulak önu ve altındaki tümörün aynı kitleye ait olduğu intıbaı alındı ve tümör orta derecede mobil bulundu. Hastamızda ayrıca 22 seneden beri tedrici bir büyüme gösteren büyüklüğü iri bir yafa portakalı kadar olan bir guatr mevcuttu. Orofarinks ve kulak altındaki kitle 8 sene önce ufak bir şişlikle başlamış, tedricen büyüyerek bu günkü halini almış. Muayenede sol dış kulak yolunu



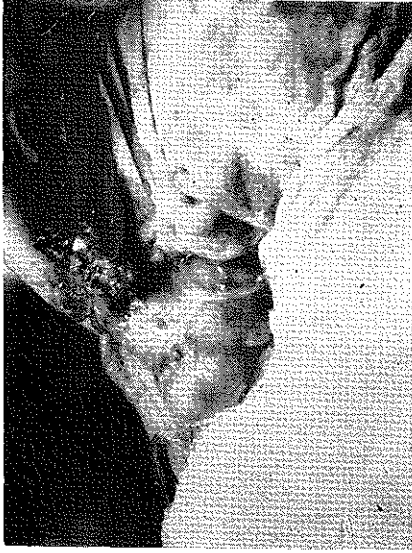
Şekil V : Vaka II nin sol kulak altındaki şişliği ve guatr



Şekil VI : Tümörün orofarinkste yaptığı şişliğin şematik görünümü

1/3 nisbetinde daraltan, dışta bir ceviz cesametinde, ağız içinde ise tonsilla palatina ve yumuşak damağı içe doğru iterek orofarinks i 1/4 oranında daraltan bu tümöre ilk olarak müdahale edilmeye karar verildi. Intra trakeal intubasyon ile tatbik edilen

genel anestezi altında sol yüz yarısı açık bırakılarak hazırlanan hastaya Y insizyonu yapılarak gudde eksplere edildiğinde tümörün fasial sinir ve etraf dokulara infiltrasyon göstermediği görüldüğünden, hastanın kliniği de dikkat nazarına alınarak nervus fasialis



Şekil VII ; Hemostatlarla bağlı olarak görülen süperfisiel lop disseke edilmiş olup, derin lop üzerinde seyreden nervus fasialis dalları görülmektedir.

lis korunarak ve ilk vak'ada belirtilen şekilde sinir lifleri disseke edildi. Tümörün tamamen derin lopta bulunduğu sinir liflerinin atrofik bir halde bulunan süperfisiel lop ile, derin lop arasında seyretmekte olduğu görüldü (Şekil VII). Derin lopta bulunan tümör sinir lifleri yukarı doğru ekarte edilerek parafarinjinal mesafeden doğurtulmaya çalışıldıysa da Riolan grubu adalelerin adeta tümör kapsülünü iterek tümör içine doğru bir sulkus yapmış olmalarından dolayı doğurtulamadı. Riolan adalelerinin üst kısmı hafifçe çentilip ekarte edildikten sonra künt disseksiyon ve parmak yardımı ile tümör ramus mandibula arkasından, fasial sinir liflerinin gerilip kopmamasına dikkat edilerek doğurtuldu. Loja bir Penrose dren konup yara kapatıldı ve kompresif bandaj yapıldı. Post operatif devrede 14 üncü güne kadar devam eden bir orbikularis okuli parezisi görüldü ise de bilahere kayboldu. Piye-sin histopatolojik tetkiki klinik ve ameliyat teşhisini teyid ederek selim mikst tümör göstermiştir. Bu ameliyattan 17 gün sonra da hastanın guatrına müdahale edilmiştir.

T A R T I Ő M A

Andersen ve Byars ın bildirdiği parotis mikst tümörlü hastaların yaklaşık olarak her 15 te birinde tümör nervus fasialis in altında parotis derin lobunda bulunuyordu (1). Böyle durumlarda parafarinjial bölge urları ile ayırıcı teşhis yapılması gerekir. Ağız içinden muayene yapılmamışsa, ufak bir tümör çıkartacağını zanneden cerrah, ameliyatta tahmininden 8-10 misli büyük, üzerinden fasial sinir dalları geçen büyük bir tümörle karşılaşarak bir an için sıkıntıya düşebilir (1,5). Oroparafarenjial mesafedeki bir tümör tipik ve aşıkâr belirtileriyle kolayca tanınabilir. Bu bölgenin anatomisini inceleyecek olursak dışta mandibula ramusu, içte farinks duvarı ve üst konstriktör kas bulunduğundan tümör içe ve ramusun arka ve altına doğru büyüyecektir. Bu sebepten, bu bölge urları ağız içinden ve mandibula arka ve alt kısmından kendini gösterecektir. Tümör orofarinks duvarını kabartacak (bulging), mandibula angulusu hizasında görülüp palpe edilecektir. Para farinjial bölge tümörleri disfaji, ses tonunda ve konuşmada değişiklik yapabildiği gibi Claude Bernard Horner sendromu ve vokal kord paralizisi gibi teşhiste az önemi olan belirtilere de sebep olabilirler. Parafarinjial bölge tümörü teşhisi konduktan sonra tümörün cinsinin düşünülmesi gerekir.

McIlrath ve arkadaşlarının Mayo kliniğinden bildirdikleri 101 vak'alık seride, parafarinjial bölge tümörlerinden % 95 ini mikst tümör, kemodektoma, ve habis lenfomalar teşkil ediyordu (6). Geri kalanları ise hemangioendotelioma, hemangioperisitoma, brankial kist ve lipom idi. Bu bölgede rastlanan ve büyük bir sıklıkla selim olan tümörler mikst tümörlerdir. McIlrath'ın bu bölgeden menşе almış 43 tümör vak'asından yalnız 1'i habis idi (6). Mamafih bu lezyonlar sert ve fiks olabileceğinden habis lezyonlarla karışabilirler. Vak'alarımızdaki uzun hikâye, yavaş seyir, ayrıca lezyonların mobilitesi preoperatif olarak selim tümör düşündürmüştü. Nitekim histopatolojik olarak ilk teşhisimiz teyid edilmiştir.

Literatürün tetkiki bu tümörlerin tedavisinde ağız yolu ile müdahalenin eskiden sıklıkla kullanılmış olduğunu göstermekle beraber, modern cerrahinin gelişmesi ile beraber varış yolu çok daha tatminkâr olan boyuna kaymıştır (5, 6). Parafarinjial bölge tümörlerinde orofarinks yolu ile biopsi ve ameliyat katiyen denenmemlidir. Böyle bir biopsi tümör kapsünü açarak disseminasyon ve nükslere yol açabileceği gibi körlemesine ameliyat önemli te-

şekilleri yaralayabilir. Biopsiler ameliyathanede definitif müdahale sırasında (frozen section) ile yapılabilir. Boyundan yapılan ameliyat sırasında fasial sinirden başka 9, 10, ve 11 inci sinirlerinde yaralanıp kesilmelerine mani olunmalıdır. Aksi halde yutma mekanizması bozulabilir, öksürük, ses kısıklığı husule gelerek hastayı ileri derecede rahatsız eden durumlar ortaya çıkabilir. Beahrs parotisin iltihabi lezyonlarında, selim ve habis tümörlerinin tedavisinde, nervus fasialisi yaralamak korkusundan geçmiş yıllarda aktif hareket edilememiş olduğunu bildirmektedir (2). Son yıllarda parotis hastalıklarında daha uygun bir tedavi lezyonun lokalizasyonu, cinsi ve nervus fasialis anatomi ve disseksiyonunun daha iyi öğrenilmesi ile mümkün olmuştur. Parotis biopsilerinin de ameliyathane şartları ile ve Bumin'in belirttiği tedbirler alınarak yapılması gerekir (3). Klinik muayene ve biopsilere rağmen teşhiste güçlük ile karşılaşılırsa ameliyat esnasında tümörün civar dokular ve nervus fasialise bir infiltrasyon gösterip, göstermemesi kriterine göre habis veya selim olduğuna karar verip gerekli ameliyatı yapma lüzumu doğabilir (2, 4). Tümörle beraber çıkarılması gereken normal dokuların genişliği, parotis glandı içindeki tümörün lokalizasyonu, cinsi ve hacmine göre değişir (2). Parotisin derin lobunda ve parafarinjial mesafedeki küçük bir mikst tümörün çıkarılması parotisin bir lezyon göstermeyen superfisiel kısmının da eksizyonunu gerektirir. Vak'alarımızda süperfisiel lopta lezyon olmamasına rağmen hem fasial siniri koruyabilmek, hem de bu lobu teknik bakımdan muhafaza etmeye imkân bulunmadığından, ve nüks ihtimalini azaltmak amaçları ile total parotidektomi yapılmıştı. Derin lopta yerleşmiş büyük bir mikst tümörün çıkarılması için bazen mandibula osteotomisi yapmak lüzumu doğabilir (2). İkinci vakamızda tümörü doğurtabilmek için Riolan grubu kaslarını çentmek gerekmişti. İki hastamızda da fasial sinirin disseksiyonu ve ameliyat travmasına bağladığımız parezi ikinci hafta içinde kaybolmuştur.

Parotis derin lobundan çıkmış mikst tümörlerin büyük hacim alarak parafarinjial bölgeyi doldurmalarına rağmen dıştan yani boyun ve yüzden konservatif parotidektomi için kullanılan insizyonlar ile ve fasial siniri koruyarak nisbeten rahat bir şekilde çıkarılabileceği görmüş bulunuyoruz.

Ö Z E T

Parotis derin lobundan çıkarak orofarinks te kabarma (bulging) ile kendini gösteren iki mikst tümör vakası takdim edilerek teşhis ve tedavi pren-

sipleri tartışılmıştır. Bu tümörlerin eksizyonunun, yüz ve boyundan konservatif parotidektomi için kullanılan insizyonlar ile yapılmasının avantajları belirtilmiştir.

S U M M A R Y

Two patients with benign mixed tumor of the deep lobe of the parotid gland, showing bulging of the oropharyngeal mucosa have been presented and the principles of diagnosis and treatment discussed. The importance of external approach to excise these tumors through the neck and face is emphasized.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Andersen R., Byars L.T.** : Surgery of the Parotid Gland, C. V. Mosby Co., S. Louis, 1965.
- 2 — **Beahrs O.H.** : The Facial Nerve in Parotid Surgery, Surg. Clin. North America, 43: 973, 1963.
- 3 — **Bumin O.** : Parotis Bezi Cerrahisinde Nervus Fasialisin Korunması, A. Ü. Tıp Fak. Mec., XX: 280, 1967.
- 4 — **Latrop F.D.** : Management of Tumors of the Parotid Gland, Surg. Clin. North America, 47: 589, 1967.
- 5 — **McIlrath D.C., Remine W.H.** : Parapharyngeal Tumors, Surg. Clin. North America, 43: 1041, 1963.
- 6 — **McIlrath D.C., ReMine W.H., Devine K.D., Dockerty M.B.** : Tumors of Parapharyngeal Region, Surg. Gynec. Obstet. 116: 88, 1963.