

Adenoid kistik karsinomların sıklığı hakkında çeşitli bilgiler vardır. Bu tümör, tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık %6 sını oluşturan ve nadir olarak görülen bir lezyondur. Parotis tümörlerinin yaklaşık %2-4, Submandibuler bez tümörlerinin %4 ve Sublingual bez tümörlerinin %0.4 ünü adenoid kistik karsinomlar meydana getirmektedir (2, 3).

Submandibuler bezin malign tümörleri arasında en sık görülenidir (2).

Büyük tükürük bezlerinden daha çok, küçük tükürük bezlerinin bir tümörü olan adenoid kistik karsinomun lokalize olduğu öteki bölgeler, sıklık sırasına göre: sert damak, sinüs maksillaris, dil, yanak, dudak, burun kavitesi, dişeti, ağız tabanı, larinks, tonsiller, nasofarinks, etmoidal bölge ve orofarinks'dir (2, 6).

Trakea, bronşlar ve lakrimal bezde de bu tümöre oldukça sık olarak rastlanılmaktadır (2).

Bu tümörler çok yavaş büyürler (1 - 5). Çevre dokulara yayılarak komşu kemik dokusunda harabiyet yapabilirler. Örneğin, bir damak tümörü zamanla kemiği yıkıma uğratarak kafaya girebilir. Böyle kemik yıkımı gösteren olgularda diş çekimi yapılırsa, alveol yarasının iyileşmesi güçleşir (4).

Adenoid kistik karsinomların başka bir özelliği de, sinir invazyonu yapma eğiliminde olmalarıdır. Bu sebeple tümörler lokalizasyonlarına göre ağrı ve duyarlılık gösterirler. Hattâ kitle parotiste yer aldığında *N. Facialis* paralizisine sebep olmaktadır. Kanama ve ülser, özellikle damakta yer alan tümörlerde görülen belirtilerdir. Değişik lokalizasyonlardaki lezyonlar, buldukları yerlerde fonksiyon bozukluklarına da neden olabilirler (2).

Tümörün residiv yapması olağandır ve genellikle iki yıl, ya da daha sonra ortaya çıkmaktadır. Metastazlar geç dönemlerde görülmekte ve en çok bölgesel lenf düğümleri, iç organlar, akciğerler, beyin, iskelet sistemi ve diğer yapılarda gelişmektedirler (2 - 4).

Adenoid kistik karsinomun prognozu kötü olmakla beraber, tümörün lokalizasyonu prognoz üzerine etkili olmaktadır.

Klinik görünümleri değişiktir. Tümör farkedilinceye kadar çapı 2 - 4 cm'ye ulaşmaktadır. Ameliyatta kitle katı bir oluşum olarak görülür. Kesiti genellikle homojen olarak soluk, gri, pembe veya sarımsı beyaz görünümündedir. Nodüler yapıda olabilir. Mikroskopik görünümü, genellikle kapsülün kısmen bulunması veya hiç olmaması dışında bir mikst tümörü andırır. Tü-

mörün sinsice infiltrasyon yapma özelliği, ameliyatta kitlenin kesin sınırnı saptamayı güçleştirir. (1, 2, 4).

Mikroskopik görünümünde, ağız mukozasının bazal tabaka hücrelerine benzeyen dar sitoplazmalı, küçük, hiperkromatik çekirdekli epitel hücrelerinin yaptığı düzensiz kitleler görülür. Bu kitlelerin içinde irili ufaklı lümenler bulunur. Bu özellik lezyona «İsviçre peyniri» görünümünü verir (2, 4). Lümenlerin içinde bazofil salgı maddesi izlenir. Tümör hücrelerinin çevresinde, hiyalinize bağ dokusu septumları yer alır. Çevredeki bağ dokusu bazen mukoid görünüm alabilir. Tümör hücreleri hiyalinize bağ dokusu içinde kordolar, halkalar ve küçük kitleler yapabilir (1, 2, 4, 5). Mitozlar genellikle seyrek (2).

Bazı araştırmacılar adenoid kistik karsinomu histolojik açıdan üç gruba ayırmışlar ve tümörün prognozunun histolojik görünümüyle ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (5). Bu yazarlara göre, tipik adenoid kistik karsinomların prognozu daha iyidir. Bazoloid tipteki tümörler ve bu iki türün karışımı olan hibrid tipteki lezyonlar daha hızlı gidişli olmaktadır (2, 5).

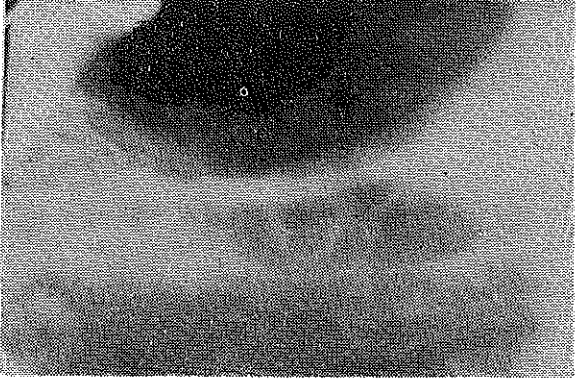
Adenoid kistik karsinomların ayırıcı tanısı adenoid tipteki bazal hücreli karsinomlarla ve mikst tümörlerle yapılmalıdır (2, 4, 5).

OLGU

43 yaşındaki kadın hasta G.C., 23.1.1981 de boğazının sol tarafında ve sol kulağındaki ağrı nedeniyle İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş-Çene Hastahkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na başvurdu. Hastanın öz ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Operasyondan önce yapılan kan değerleri normaldi. Hastada sistemik bir rahatsızlık saptanmadı.

Hastanın anamnezinde, 5 sene evvel alt sol akıl dişinin distalinde 0.5 cm çapında palpasyonda ağrı veren bir lezyonun akıl dişiyle birlikte dişhekimisi tarafından eksize edildiği ve bir sene süreyle hastanın ağrısı olmadığı saptandı. Daha sonra o bölgenin lingual tarafında ağrı başlayınca hastaya tonsilektomi yapıldığı, fakat ağrının yine devam ettiği öğrenildi. Çekilen röntgen filmlerinde, trigonum retromolare'de hafif bir resorbsiyon görüldü (Resim : 1).

Mandibuler anestezi altında, *Proc. alveolaris* üzerinden geçen yatay ve ikinci büyük azı dişinin ortası hizasından geçen dikey ensizyon yapıldı. Bir periost elevatörü ile lambo kemikten ayrıldı. Bir hemostat ile kitle tutu-



Resim : 1 — Retromoler bölgedeki kemik resorpsiyonunun radyografik görünümü.

arak geniş sağlam doku ile birlikte eksize edildi. Kitle kesin tanı için İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi, Patoloji Birimine gönderildi. Operasyondan bir hafta sonra dikişler alındı.

Biopsi materyali %10'luk formalin solüsyonunda fikse edildikten sonra takibe alındı. Parafin kesitler hazırlanarak Hemotoksilen - Eosin ile boyandı. Işık mikroskopu ile incelendi.

Makroskopik bulgular :

1 cm çapında, açık kahverenkli, küçük nodüler yapıda, içi beyaz madde ile dolu, 0.5 cm çapında kistik boşluk içeren bir doku parçası.

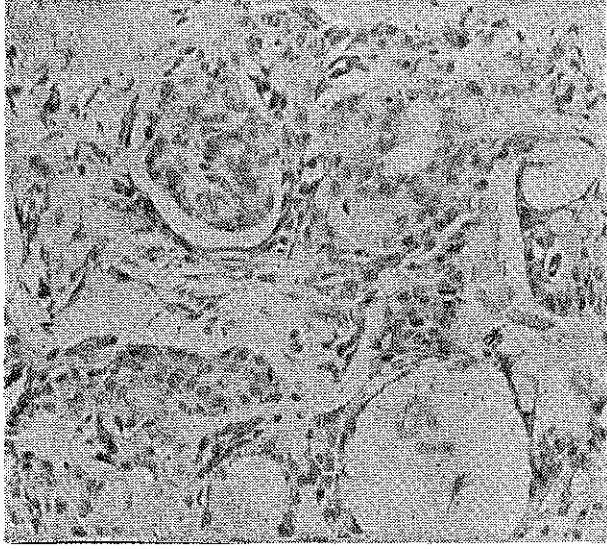
Mikroskopik bulgular :

Fibröz bağ dokusu septumlarıyla birbirinden ayrılmış yuvarlakça-oval tümör kitleleri seçilmekteydi. Bu kitleler içerisinde ayrıca bulunan küçük kistik boşluklarda bazofil salgı vardı. Tümör hücreleri yuvarlakça çekirdekli ve eosinofil sitoplazmalıydı (Resim : 2); bazıları dar sitoplazmalı ve hiperkromatik oval çekirdekliydi (Resim : 3). Bir alanda tümör hücrelerinin sinir invazyonu yaptığı izlenmekteydi (Resim : 4). Ayrıca doğal yapıda bir tükürük bezi lobulusu görülmekteydi.

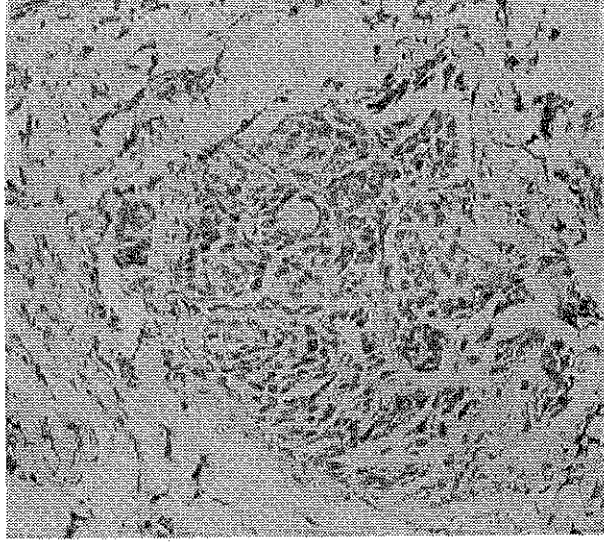
Tanı : *Adenoid kistik karsinom (Silindrirom).*

(İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi, Patoloji Birimi, Biopsi No. 133/81.)

Hasta, ameliyattan bir ay sonraki ilk kontrolunda ağrılarının tümüyle

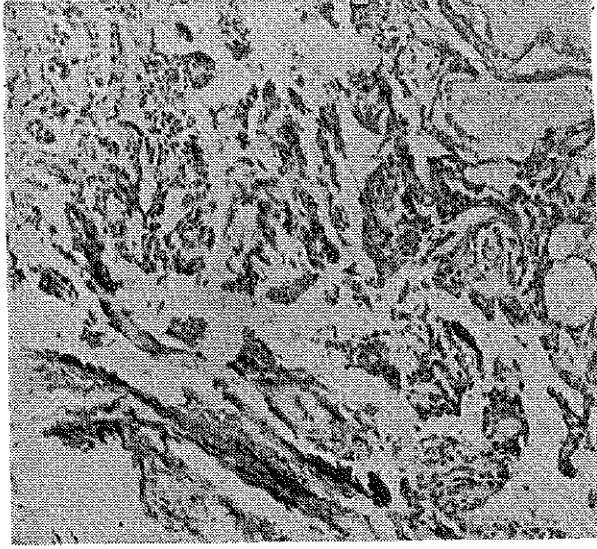


Resim : 2 — Yuvarlak çekirdekli, eosinofil sitoplazmalı hücreler ve bazofil salgılı kistik boşluklar içeren tümörün mikroskopik görünümü (H E. × 50).

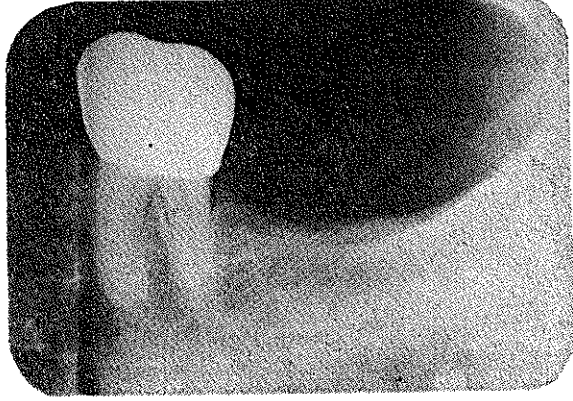


Resim : 3 — Hiperkromatik, oval çekirdekli tümör hücrelerinin mikroskopik görünümü (H E. × 50).

geçtiğini ifade etti. Bugüne kadar her üç ayda bir yapılan periodik kontrollerinde ise hiçbir rahatsızlığı olmadığı saptandı. Kontrol amacıyla yapılan radyografilerinde, kemiğin düzenli olduğu görüldü (Resim : 5).



Resim : 4 — Tümör hücrelerinin sinir infiltrasyonu yaptığı alanın mikroskopik görünümü (H E. \times 20).



Resim : 5 — Kontrol radyografisinde kemiğin düzenli görünümü.

İRDELEME

Retromoler bölgede rastladığımız adenoid kistik karsinom olgusu, bu bölgede varlığı bilinen küçük tükürük bezlerinden köken almıştır. Kaynak bilgilerine göre, bu lokalizasyona sık rastlanılmamaktadır, ancak bu tümörün büyük tükürük bezlerinden çok, küçük tükürük bezlerinde görüldüğü düşüncesine uymaktadır (1, 2, 5). Olgumuzun yaşı da kaynaklarda verilen yaş kapsamına girmektedir (2, 4, 6).

Hastamızda lezyonun bulunduğu bölgede gerek spontan, gerekse palpasyonla ağrının varlığı tümörün sinirle ilişkisi olduğunu göstermektedir. Gerçekten de lezyonun mikroskopisinde, tümör hücrelerinin bir alanda sinir invazyonu yaptığı saptanmıştır. Tümörün bu özelliği de kaynak bilgileri ile uyum göstermektedir (1 - 3, 5).

Adenoid kistik karsinomlu bazı hastaların kanama ve mukozada oluşan ülser yakınmaları ile başvurduğu bildirilmiştir (2). Bu belirtiler irritasyona bağlı olarak ortayarçkmaktadır. Bizim hastamızda ise gerek kanama, gerekse ülser oluşumuna rastlanmamıştır.

Olgumuzdaki tümörün makroskopik görünümü, genellikle kaynak bilgilerine uymaktadır (2), ancak bizim olgumuzda, bildirilenlerin tersine (4), lezyon büyükçe bir kistik boşluk içermektedir.

Hastamızın röntgen filmlerinde retromoler bölgede kemik resorpsiyonu saptanmıştır. Bu bulgumuz da kaynaklara uygunluk göstermektedir (2, 4).

Olgumuzun histolojisi tipik bir adenoid kistik karsinom görünümündedir. Noehomovitz ve Kahn'a (5) göre bu tip tümörlerin iyi gidişli olması beklenmektedir. Ancak, prognoz hakkında kesin bir karara varabilmek için uzun bir süre hastanın izlenmesi gerektiği bildirilmektedir (2, 3). Bizim olgumuz yaklaşık bir buçuk yıldır kontrol altındadır ve daha uzunca bir süre izlenmeye devam edilecektir.

ÖZET

Trigonum retromoler bölgede yerleşim gösteren bir adenoid kistik karsinom olgusu bildirilmiştir. Tümörün çeşitli yönleri kaynak bilgileri ile karşılaştırılarak irdelenmiştir.

SUMMARY

A case of adenoid cystic carcinoma developing in the trigonum retromolare region is reported. Different aspects of the tumor are compared with the literature findings and discussed.

K A Y N A K L A R

- 1 — **Chen, S.Y.** : Adenoid cystic carcinoma of minor salivary gland. Histochemical and electron microscopic studies of cystlike spaces, *Oral Surg.* **12** : 606 - 619, 1976.
- 2 — **Evans, R.W., Cruickshank, A.H.** : Epithelial Tumours of the Salivary glands. Ed.: Bennington, J.L. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1970.
- 3 — **Forman, G.H.** : Adenoid cystic carcinoma of the floor of the mouth presenting by metastases, *Oral Surg.* **29** : 1 - 8, 1970.
- 4 — **Nathan, A.S., Traiger, J.** : Cylindroma (adenocystic carcinoma), *Oral Surg.* **16** : 1155 - 1159, 1963.
- 5 — **Nechomovitz, L.E., Kahn, L.B.** : Adenoid cystic carcinoma of the salivary gland and its histologic variants. A clinicopathologic Study of thirty cases, *Oral Surg.* **44** : 394 - 404, 1977.
- 6 — **Spiro, R.H., Koss, L.G., Hajdu, S.I. ve Strong, E.W.** : Tumors of minor salivary origin. A clinicopathologic study of 492 cases. *Cancer* **31** : 117-129, 1973.