

Parotis kitlelerinin değerlendirilmesi

An evaluation of parotid gland masses

Dr. Hüsametdin YAŞAR, Dr. Haluk ÖZKUL, Dr. Ayşegül VERİM,
Dr. Emre İLHAN, Dr. Numan KÖKTEN, Dr. Gökçe DEREÇİ

Amaç: Parotis kitlesi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan olgular geriye dönük olarak değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntemler: Çalışmaya parotis kitlesi tanısıyla ameliyat edilen 50 hasta (25 kadın, 25 erkek; ort. yaş 48.5; dağılım 18-76) alındı. Olguların yaş ve cinsiyet özellikleri, ameliyat öncesi tanı yöntemleri, histopatolojik tanı ve uygulanan cerrahi yöntemler araştırıldı.

Bulgular: Ameliyat öncesinde ultrasonografi, ince iğne aspirasyon biyopsisi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yararlandı. Histopatolojik tanı 33 olguda (%66) selim tümör, dokuz olguda (%18) habis tümör, sekiz olguda (%16) tümör benzeri oluşumlardı. En sık konan tanılar pleomorfik adenom (n=28, %56), Warthin tümörü (n=4, %8) ve skuamöz hücreli karsinom (n=4, %8) idi. Kırk olguda (%80) yüzeysel, 10 olguda (%20) total parotidektomi yapıldı. Habis tümörlü dokuz olguda tedaviye boyun diseksiyonu ve ameliyat sonrası radyoterapi eklendi. Parotise karsinom metastazı olan bir olgu hayatını kaybetti. Lipom tanısı konan bir olguda iki yıl sonra nüks oluştu. Yirmi sekiz hasta (%56) beş yıl, 12 hasta (%24) üç yıl, beş hasta (%10) iki yıllık takibi doldurdu. Total parotidektomi yapılan 10 hastada (%20) kalıcı, yüzeysel parotidektomi yapılan beş hastada (%10) ise geçici fasiyal paralizi oluştu.

Sonuç: Parotis kitlesi için yapılacak en küçük cerrahi girişim yüzeysel parotidektomi olmalıdır. Derin lob tutulumu varsa fasiyal sinir korunarak total parotidektomi yapılmalıdır. Habis tümörlerde parotidektomiye boyun diseksiyonu ve radyoterapi eklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: İğne biyopsisi; parotis tümörü/cerrahi.

Objectives: We retrospectively evaluated patients who underwent surgery for parotid gland masses.

Patients and Methods: A total of 50 patients (25 females, 25 males; mean age 48.5 years; range 18 to 76 years) who underwent surgery for parotid gland masses were evaluated with regard to age, sex, preoperative diagnostic methods, histopathologic diagnoses, and surgical techniques.

Results: Preoperative diagnostic studies included ultrasonography, fine-needle aspiration biopsy, computed tomography and magnetic resonance imaging. Histopathological diagnoses were benign in 33 patients (66%), malignant in nine patients (18%), and tumor-like pathologies in eight patients (16%), the most common being pleomorphic adenoma (n=28, 56%), Warthin's tumor (n=4, 8%), and squamous cell carcinoma (n=4, 8%). Superficial and total parotidectomies were performed in 40 (80%) and 10 (20%) patients, respectively. Nine patients with malignant tumors also had neck dissection and postoperative radiotherapy. Mortality occurred in one patient with metastasis to the parotid gland. One patient with lipoma developed recurrence two years after surgery. Follow-up was five years in 28 patients (56%), three years in 12 patients (24%), and two years in five patients (10%). Complete and transient facial paralysis developed in 10 patients and five patients following total and superficial parotidectomy, respectively.

Conclusion: Superficial parotidectomy is the minimal surgery for parotid gland masses. If the deep lobe of the gland is involved, total parotidectomy should be performed with preservation of the facial nerve. In malignant tumors neck dissection and postoperative radiotherapy should be added.

Key Words: Biopsy, needle; parotid neoplasms/surgery.

- ♦ Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği (Department of Otolaryngology Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Training and Research Hospital), Istanbul, Turkey.
- ♦ Dergiye geliş tarihi - 20 Mayıs 2005 (Received - May 20, 2005). Düzeltme isteği - 20 Ocak 2006 (Request for revision - January 20, 2006). Yayın için kabul tarihi - 2 Şubat 2006 (Accepted for publication - February 2, 2006).
- ♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Hüsametdin Yaşar, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 34740 Fatih, Istanbul, Turkey. Tel: +90 212 - 534 69 00 / 1530 Faks (Fax): +90 212 - 621 75 80 e-posta (e-mail): husamettinyasar@yahoo.com

Tüm baş-boyun tümörlerinin %3'ten azını oluşturan tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık %85'ini parotis tümörleri oluşturmaktadır.^[1-4] Tükürük bezi tümörleri, selim tümörler, habis tümörler ve tümör benzeri durumlar olarak sınıflandırılmaktadır.^[2,3] Parotis tümörlerinin %80'i selimdir.^[2-4] Ameliyat öncesi değerlendirmede ultrasonografi (USG), ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yararlanılmaktadır. Çalışmamızda parotis kitlesi nedeniyle ameliyat edilen olguların analizi yapıldı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Ocak 1994-Ocak 2004 tarihleri arasında parotis kitlesi nedeniyle ameliyat edilen toplam 50 hastanın (25 kadın, 25 erkek; ort. yaş 48.5; dağılım 18-76) dosyası geriye dönük olarak incelendi. Olguların, yaş, cinsiyet, kullanılan tanı yöntemleri, histopatolojik tanıları ve uygulanan cerrahi yöntemler incelendi.

BULGULAR

En sık karşılaşılan semptom kitle idi. Habis tümörlü hastalarda kitle ile birlikte ağrı ve fasiyal paralizi vardı. Ameliyat öncesi değerlendirmede klinik muayene ile birlikte ultrasonografi USG, İİAB, BT ve MRG'den yararlandı. Olguların tümüne USG yapıldı; 26 hastada İİAB, 30 hastada BT'den yararlandı. Malignite şüphesi olan 10 hastada MRG'ye başvuruldu.

Kırk olguda (%80) yüzeysel, 10 olguda (%20) total parotidektomi yapıldı (Tablo I). Habis tümörlü dokuz olguda tedaviye boyun diseksiyonu ve ameliyat sonrası radyoterapi eklendi.

Histopatolojik tanı 33 olguda (%66) selim tümör, dokuz olguda (%18) habis tümör, sekiz olguda (%16) tümör benzeri oluşumlardı. En sık konan tanıları pleomorfik adenom (n=28, %56), Warthin tümörü (n=4, %8) ve skuamöz hücreli karsinom (n=4, %8) idi (Tablo II).

Yüzeysel parotidektomi yapılan beş hastada (%10) geçici fasiyal paralizi oluştu. Total parotidektomi yapılan 10 hastada (%20) ise kalıcı fasiyal paralizi oluştu.

Boyunda metastazı olan habis tümörlü olgularda total parotidektomi ile birlikte supraomohiyoid boyun diseksiyonu ve radyoterapi uygulandı. Daha önce iki defa pleomorfik adenom nüksü gelişen bir olguya total parotidektomi yapıldı. Lipom tanısı konan olguda iki yıl sonra nüks oluştu. Ancak hasta tekrar ameliyatı kabul etmedi.

Total parotidektomi yapılan hastalardan üçüne aynı seansta 12. sinir 'end to side' 7. sinir anastomozu yapıldı. Bir yıl sonra fasiyal sinir fonksiyonları House Brackmann sınıflamasına göre grade IV olarak değerlendirildi. Yüzeysel parotidektomi sonrası geçici fasiyal paralizi oluşan olgularda ise fasiyal sinir fonksiyonları altı ay sonra normale döndü. On sekiz olguda (%36) Frey sendromu gelişti. Parotise karsinom metastazı olan olgularımızdan birinde primer tümör üst göz kapağında berrak hücreli adenokarsinomdu. Bu olgu bir yıl sonra miyokard enfarktüsü sonucu hayatını kaybetti. Parotise karsinom metastazı olan diğer olguda ise primer tümör kulak cildinde epidermoid karsinomdu. Hasta takibimizde olup halen nüksü yoktur.

TARTIŞMA

Tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık olarak %85'ini oluşturan parotis tümörlerinin %80'i selimdir.^[2-4] Olgularımızın 33'ü (%66) selim tümör, sekizi (%16) ise tümör benzeri durumlardan oluşmaktadır. Pleomorfik adenom parotis bezinin en sık görülen selim tümörüdür.^[2-9] Olgularımız arasında da en sık (%56) görülen selim tümör pleomorfik adenomdur. Bu tümöre benign mikst tümör adı da verilmektedir. Genellikle 40 ile 50 yaşlarında görülmektedir. Tedavisi fasiyal sinir korunarak uygulanan yüzeysel parotidektomidir.^[2,3] Pleomorfik adenomlu olgularımızda yüzeysel parotidektomi yapılmıştır. Ancak bir ol-

TABLO I
PAROTİS KİTLELERİNE UYGULANAN TEDAVİ

	Yüzeysel parotidektomi	Total parotidektomi	Boyun diseksiyonu	Radyoterapi
Selim tümörler	32	1	-	-
Habis tümörler	-	9	+	+
Tümör benzeri durumlar	8	-	-	-
<i>Toplam</i>	40	10	-	-

TABLO II
PAROTİS KİTLELERİNİN HİSTOPATOLOJİK TANISI

	Olgu
Selim tümörler (n=33)	
Pleomorfik adenom	28
Warthin tümörü	4
Lipom	1
Habis tümörler (n=9)	
Skvamöz hücreli karsinom	4
Asinik hücreli karsinom	2
Malign mikst tümör	1
Karsinom metastazı	2
Tümör benzeri durumlar (n=8)	
Tüberküloz	2
Kronik sialadenitis	2
Kist	2
Sarkoidoz	1
Apse	1

guda daha önce iki defa pleomorfik adenom nüksü olduğundan total parotidektomi yapılmıştır. Fasiyal paralizi gelişen hastaya 12. sinir 'end to side' 7. sinir anastomozu yapılmıştır.

Warthin tümörü (papillary cystadenoma lymphomatosum, adenolymphoma) tüm parotis tümörlerinin %2-10'unu oluşturmaktadır. Erkeklerde daha sık ve genellikle 40 ile 70 yaşları arasında görülmektedir. Olguların %10-12'sinde iki taraflıdır. Tedavisi fasiyal sinir korunarak yapılan yüzeysel parotidektomidir.^[2,3] Olgularımızın dördünde (%8) saptanan Warthin tümörünün hepsi tek taraflıdır. Fasiyal sinir korunarak yüzeysel parotidektomi yapılmıştır. Lipom parotis tümörlerinin %1-2'sini oluşturmaktadır.^[10] Genellikle asemptomatiktir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi ve BT ile diğer kitlelerden ayırt edilebilir.^[2] Kesin tanı histopatolojik incelemeyle konur. Tedavisinde kitlenin enükleasyonu veya yüzeysel parotidektomi önerilmektedir.^[10] Olgumuzda tanı USG ile konmuş ve yüzeysel parotidektomi yapılmıştır. Mukoepidermoid karsinom en çok görülen habis parotis tümörüdür.^[3,7,8,11,12] Adenoid kistik karsinom, asinik hücreli karsinom, adenokarsinom, malign mikst tümör ve skuamöz hücreli karsinom diğer habis parotis tümörlerindedir. Olgularımızın dokuzu (%18) habis tümör olup, dördünde (%8) skuamöz hücreli karsinom, ikisinde (%4) asinik hücreli karsinom, birinde (%2) malign mikst tümör ve

ikisinde (%4) karsinom metastazı saptanmıştır. Habis tümörlü olgularımızın hepsine total parotidektomi, supraomohiyoid boyun diseksiyonu ve daha sonra radyoterapi yapılmıştır.

Tümör benzeri durumlardan olan tüberküloz, tükürük bezlerinden en çok parotisi tutmaktadır. Genellikle tek taraflıdır. Primer odağın tonsil veya dişler olduğu düşünülmektedir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konamazsa cerrahi eksizyon yapılmaktadır. Tedavisinde sistemik antitüberküloz ilaçlar kullanılmaktadır.^[2,13,14] İki olguda da tanı cerrahi eksizyon sonrası konmuş ve daha sonra antitüberküloz tedavi uygulanmıştır. Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen granülatöz bir hastalıktır. Olguların ancak %6'sında tükürük bezleri tutulmaktadır.^[14] Genellikle parotis bezlerinin iki taraflı şişmesiyle kendini göstermektedir.^[2] Uveitis, parotiste şişme ve fasiyal paralizi ile karakterize Uveoparotid fever (Heerfordt hastalığı) ile birlikte de görülebilir.^[2,14] Olgularımız tek taraflı olup tanı kitlenin eksizyonundan sonra histopatolojik olarak konmuştur.

Tükürük bezi tümörlerinin tanısında USG, İİAB, siyalografi, sintigrafi, BT ve MRG'den yararlanılmaktadır. Günümüzde İİAB tanıda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.^[3,5,6] İnce iğne aspirasyon biyopsisinin USG eşliğinde yapılması ve deneyimli bir sitopatolog tarafından değerlendirilmesi tanıdaki değerini artırmaktadır. Uygun şartların olduğu merkezlerde mutlaka her hastaya öncelikle yapılmalıdır. Çünkü invaziv olmayan bir yöntemdir ve %94.9 oranında tanı koydurucudur.^[5] Selim ile habis tümör ayırımı yapılabilir. Yirmi altı olguda İİAB yapılmıştır. Siyalografi parotis kitlelerinin değerlendirilmesinde yetersizdir. Tek uygulama alanı intraduktal hastalığın değerlendirilmesidir. Bununla beraber siyalografi lenfoepitelyal lezyonların tanısında ucuz bir yöntemdir.^[9] Olgularımızın hiçbirinde tanı amacıyla siyalografi yapılmamıştır. Günümüzde tükürük bezi tümörlerinin radyolojik değerlendirmesinde en faydalı teknik BT'dir.^[3] Yüksek rezolüsyonlu BT tümörü kolayca saptayabilir. Sınırları iyi belirlenmiş olan homojen görünümü ve yüksek yoğunluklu bir kitle kuvvetle selim bir tümör veya düşük dereceli bir maligniteyi gösterir. Sınırların belirsiz olması, heterojenite ve yüksek yoğunluk ise yüksek grade veya reküren maligniteyi gösterir. Sınırların belirsizliği, heterojen görünüm ve karışık yoğunluk lenfoepitelyal lezyonlar, lenfanjiyom veya siyaloadenitisi gösterir. İntravenöz

kontrast verilmesi normal BT'ye göre tümör saptanmasında duyarlılığı artırır.^[9] Olgularımızın 30'unda tanı için BT'den yararlandı. Manyetik rezonans görüntüleme tanıda tamamlayıcı bir yöntemdir.^[9] Mükemmel yumuşak doku rezolüsyonu, çok planlı görüntüleme ve özellikle T₁ ağırlıklı görüntüde esas olarak sınırların belirlenmesiyle BT'ye göre üstünlük sağlamaktadır. Ancak her merkezde bulunmaması ve daha pahalı bir teknik olması dezavantajlarıdır. Malignite şüphesi olan 10 olguda MRG'den yararlandı.

Selim parotis tümörlerinde, özellikle pleomorfik adenomda nüksü önlemek için yüzeysel parotidektomi veya derin lob tutulumu varsa total parotidektomi hem biyopsi hem de tedavi için seçkin yöntemdir.^[3,4] Selim tümörlerde yüzeysel parotidektomi yerine fasiyal siniri diseke ederek segmental rezeksiyon, derin lob tutulumu ve reküren tümörlerde ise total parotidektomi yapılması da önerilmektedir.^[15] Çok küçük tümörlerde tümörün basitçe ekstirpasyonu, büyük ve derin lob tümörlerinde ise lateral veya total parotidektomi önerilmektedir.^[16] Fasiyal sinirin tüm dallarını diseke etmeden seçilmiş bazı olgularda subtotal parotidektominin klasik yüzeysel parotidektomiye oranla birçok avantajı olduğu da bildirilmektedir.^[17] Olgularımızda nüksü önlemek için yüzeysel parotidektomi tercih edilmiş ve ancak derin lob tutulumu varsa veya reküren tümörlerde total parotidektomi yapılması görüşü benimsenmiştir. Habis tümörlerde T sınıflaması ve histopatolojik tanıya göre bir tedavi şeması geliştirilmiştir.^[3] Genel olarak cerrahinin genişliği, tümörün boyutu ve lokal yayılımına bağlıdır. T₁ ve T₂ tümörlerde yüzeysel veya total parotidektomi yapılır. Fasiyal sinir tutulumu olmadıkça sinir korunur. Tutulum varsa sinir rezeke edilir ve hemen greftlenir. Frozen incelemesinde boyun adenopatilerinde tutulum varsa boyun diseksiyonu yapılır ve ameliyat sonrası radyoterapi uygulanır. T₃ tümörlerde radikal parotidektomi yapılır. Boyun metastazı varsa boyun diseksiyonu ve ameliyat sonrası radyoterapi yapılır. T₄ tümörlerde komşu yapılar piyese dahil edilir. Sıklıkla rekonstrüksiyon gerekir. Boyun diseksiyonu ve radyoterapi yapılır. Radyoterapi küçük veya düşük dereceli tümörler haricinde tüm olgularda yapılır. Habis tümörlü dokuz olgunun dördü T₂, üçü T₃ ve ikisi T₄ tümördü. Tüm olgularda total parotidektomi, boyun diseksiyonu ve radyoterapi yapıldı. Karsinom metastazı olan iki olguda komşu yapılar piyese dahil edildi. Tükürük bezi tümörlerinde prognozu etkileyen faktörler tümörün

boyutu, histolojisi, lokal yayılımı, lenf nodu metastazı ve uzak metastazlardır.^[1,3,12] Tümör nüksünün prognozu en çok etkileyen faktör olduğu bildirilmektedir.^[11] Habis tümörlü olgu sayımız azdır. Bir olgumuz hayatını kaybetmiş, diğer olgularımız ise halen sorunsuz izlenmektedir.

Sonuç olarak, olgularımızın çoğunluğunu selim tümörler ve özellikle pleomorfik adenom oluşturmaktadır. Habis tümörlü olgu sayımız azdır. Tanıda USG, İİAB ve gerektiğinde BT kullanılması, derin lob tutulumu varsa total parotidektomi yapılması ve 7. sinir tutulumu olmadıkça sinirin korunması gerektiği görüşünü benimsemekteyiz. Habis tümörlerde tümörün boyutu ve yayılımına göre total parotidektomi ve boyun metastazı varsa boyun diseksiyonu ve ameliyat sonrası radyoterapi uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Başer N, Cevanşir B, Koçer M, Kösemen H, Biliciler N, Yazıcıoğlu E. Tükürük bezi malign tümörlerinde tedavi prensiplerimiz. Türk Otolaringoloji Arşivi 1986; 24;26-34.
2. Suen JY, Snyderman NL. Benign neoplasms of the salivary glands. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993. p. 1029-42.
3. Johns ME, Nachlas NE. Salivary gland tumors. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, editors. Otolaryngology. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1991. p. 2099-127.
4. Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. Laryngoscope 2002;112:2141-54.
5. Tsai SC, Hsu HT. Parotid neoplasms: diagnosis, treatment, and intraparotid facial nerve anatomy. J Laryngol Otol 2002;116:359-62.
6. Harney M, Walsh P, Conlon B, Hone S, Timon C. Parotid gland surgery: a retrospective review of 108 cases. J Laryngol Otol 2002;116:285-7.
7. İnanlı S, Öztürk Ö, Polat Ş, Tutkun A, Batman Ç, Üneri C, Şehitoğlu MA. Parotis kitlelerine yaklaşımımız. Kulak Burun Boğaz Klinikleri 2000;2:92-7.
8. Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120:834-40.
9. Byrne MN, Spector JG, Garvin CF, Gado MH. Preoperative assessment of parotid masses: a comparative evaluation of radiologic techniques to histopathologic diagnosis. Laryngoscope 1989;99:284-92.
10. Levan P, De Kerviler E, Revol M, Servant JM. Lipoma of the superficial lobe of the parotid gland. A case report. Ann Chir Plast Esthet 1997;42:333-6. [Abstract]
11. Cuhruk Ç, Saatçi MR, Demireller A, Vural E. Parotis malign tümörleri hakkında klinik gözlemlerimiz ve tedavi prensiplerimiz. Türk Otolaringoloji Arşivi 1995;

- 33:212-22.
12. Kaplan MJ, Johns ME. Malignant neoplasms. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993. p. 1043-78.
 13. Franzen A, Franzen CK, Koegel K. Tuberculosis of the parotid gland: a rare differential diagnosis of parotid tumor. *Laryngorhinootologie* 1997;76:308-11. [Abstract]
 14. Rice DH. Non-neoplastic diseases of the salivary glands. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, editors. Otolaryngology. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1991. p. 2089-97.
 15. Iizuka K, Ishikawa K. Surgical techniques for benign parotid tumors: segmental resection vs extracapsular lumpectomy. *Acta Otolaryngol Suppl* 1998;537:75-81.
 16. Rehberg E, Schroeder HG, Kleinsasser O. Surgery in benign parotid tumors: individually adapted or standardized radical interventions? *Laryngorhinootologie* 1998;77:283-8. [Abstract]
 17. Helmus C. Subtotal parotidectomy: a 10-year review (1985 to 1994). *Laryngoscope* 1997;107:1024-7.