

Whartin Tümöründe Ekstrakapsüler Diseksiyon: 6 Olgu Sunumu

Extracapsulary Dissection In Whartin Tumor: 6 Case Report

¹Hale Aslan, ¹İbrahim Aladağ, ²Düzgün Ateş, ³Hüseyin Katılmış, ²Mehmet Uçar

¹İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Hastalıkları ABD.

²İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi KBB
Kliniği.

³Özel İzmir Efes KBB
Merkezi.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. İbrahim Aladağ

İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Hastalıkları ABD.

e-mail:
ibrahimal@hotmail.com

Tel: 05327232553

Özet

Whartin tümörü (papiller kistadenoma lenfomatosum); pleomorfik adenomdan sonra görülen tükürük bezlerinin ikinci en sık (yaklaşık %5-6'sı) benign tümörüdür. Genelde ileri yaşta ve %10 oranında da bilateral olarak görülebilir. Son dönemlerde, benign parotis tümörlerinde uygulanan cerrahi yöntemler ile fasyal sinir ve gland fonksiyonunu daha fazla korumak amaçlanmaktadır. Ekstrakapsüler diseksiyon ideal olarak hareketli tümörlerde, fasyal sinir dallarını diseke etmeden ve kapsülün 2-3 mm dışından çalışılarak tümörün çıkarılmasıdır. Postoperatif komplikasyon riski düşük olması, kozmetik yönden daha kabul edilebilir olması ve sağlam parotis dokusunun korunması açısından bu teknik tercih edilmektedir. Bu yazıda, ekstrakapsüler diseksiyon uyguladığımız, yerleşim yeri ve özellikleri bakımından birbirine benzeyen 6 Whartin tümörü olgumuzu sunduk. Hastaların tümünde tek bir kitle vardı ve karşı parotis dokusunda kitle tespit edilmedi. Hastalar postoperatif 6 aylık periyodlar halinde ultrasonografi ile takibe alındı. Ortalama takip süresi 18 ay olup hiçbir hastada nüks, cerrahiye bağlı fasyal sinir hasarı, Frey sendromu ya da kozmetik bozukluk görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Whartin tümörü, ekstrakapsüler diseksiyon, komplikasyon.

Abstract

Whartin's tumor (papillary cystadenoma lymphamatosum) is second most common benign tumor in all salivary gland tumors (account for percent 5-6) after pleomorphic adenoma. This tumor usually seen in elderly people and percent 10 bilaterally. Recently, surgeries enhanced in benign parotid tumors for the conservation of facial nerve and parotid gland function. Extracapsular dissection is excision of the tumor especially in mobile tumor without dissection of facial nerve branch and outside 2-3 mm capsule of the tumor. This is preferred because postoperative low complication rate, low risk of cosmetic defect and preserve intact parotid gland tissue. We presented six case who undergone extracapsular dissection with Whartin's tumor and they have similar tumor localization and features. All patient have only one tumor in parotid gland and have not bilaterally tumor. They followed periodically as six month with ultrasonography. Mean follow up time is eighteen months and not seen recurrence, facial nerve injury, Frey's syndrome and cosmetic defect after surgery none of the patients.

Key words: Whartin's tumor, extracapsular dissection, complication

Giriş

Whartin tümörü; tükürük bezlerinin benign neoplazmi olup ilk defa 1929 yılında patolog Aldred Scott Whartin tarafından rapor edilmiştir. Papiller kistadenoma lenfomatozum ya da kistadenolenfoma diye de adlandırılır. En sık olarak parotis bölgesinde görülür (1).

Son yıllarda çoğu otör, tedavide daha sınırlı cerrahi yöntemler önermektedirler. Bu yöntemler; enükleasyon, ekstrakapsüler diseksiyon ve parsiyel süperfisyel parotidektomidir. Whartin tümörünün multisentrik olabilmesi, cerrahi esnasında kapsül rüptürü ve hücre ekimin olabilmesi gibi nedenlerden ötürü bu sınırlı cerrahilerin tecrübeli cerrahlar tarafından uygulanması önerilmektedir(2). Buna rağmen, daha düşük komplikasyon oranları, cerrahi defektin daha küçük olması ve operasyon zamanının daha kısa olması nedeniyle bu yöntemler tercih edilebilmektedirler (3).

Olgular

Beş erkek bir kadın olmak üzere ekstrakapsüler diseksiyon ile cerrahi tedavi ettiğimiz 6 Whartin tümörlü olgu incelendi. Ortalama yaş 55 (45-63) yıl idi. Kitlenin bulunma zamanı 1-15 yıl arasında olup ortalama 4 yıl olarak saptandı.

Olguların tamamı ultrasonografi ile değerlendirildi. Olguların tamamında kitle parotis kuyruğunda lokalize ve ortalama 2 cm çapındaydı. Preoperatif ince iğne aspirasyon biopsisi ve ana spesimenin patolojik inceleme sonuçları tüm olgularda Whartin tümörü olarak raporlandı.

Olgular ortalama 12 (6-19) ay takip edilmiştir. Takipler 6 ayda bir ultrasonografi ile yapıldı. Cerrahi sonrası hiçbir olguda, geçici ya da kalıcı fasyal paralizi ve Frey sendromu görülmedi. Kozmetik olarak daha kabul edilebilir sonuçlar elde edildi.

Cerrahi Teknik

Her hasta genel anestezi altında, süpin pozisyonda, baş ekstansiyonda ve 90

derece lezyon tarafının karşı tarafına bakacak şekilde çevrilerek operasyona alındı. Kulak lobülünün önünden başlayıp altını dolaşarak mastoid apeksten mandibulanın 4 cm altına uzanan ancak hyoide kadar ilerlemeyen preaurikular-submandibular insizyon yapıldı. Flep parotid fasya üzerinden kitlenin önüne uzanacak şekilde eleve edildi. Parotis kuyruğunda ve fasyal sinir dallarından uzak yerleşimli kitle, sternokleidomastoid kas ve kapsülün etrafından diseke edilerek çıkarıldı. Oluşan açıklık parotid fasya ve sternokleidomastoid kasdan çevrilen üst pediküllü kas flebi ile kapatıldı. Sahaya penröz dren konarak operasyona son verildi. Hastaların tümünde operasyon sonrası fasyal sinir fonksiyonları olağan olarak saptandı.

Tartışma

Eveson ve Cawson (4) isimli araştırmacılar Whartin tümörünün %99,2 oranında parotis yerleşimli olduğunu daha az oranda ise submandibular ve minör tükürük bezlerinde görüldüğünü bildirmiştir. Bundan başka, %5-10 oranında bilateral olabilirken %10-15 oranında multisentrik olabilmesi ile diğer tükürük bezi tümörlerinden ayrılır. Whartin tümörü ortalama 2-4 cm arasında ve genelde parotis yüzeysel lobunun mandibula köşesi komşuluğunda, ağrısız nodüler lezyon şeklinde görülür (5). Tedavide süperfisyal parotidektomi önerilmektedir. Ancak son yıllarda kitlenin etraf parotis dokusu ile birlikte alınmasından oluşan ekstrakapsüler diseksiyon yöntemi de uygulanmaktadır. Böylece daha geniş cerrahinin getireceği morbidite azalmakta hem de yaklaşık eşit oranda rekürrens (%2) görülmektedir (6). Olgularımızın tamamında kitleler parotis kuyruğunda lokalize ve ortalama 2 cm

çapındaydı. Parotis dokusunda ya da karşı parotis bezi içinde ek kitle saptanmadı.

Başlangıçta tümörün multisentrik özelliğinden dolayı nüks oranının fazla olabileceğini düşünerek total parotidektomi önerilmiştir (4). Daha sonraları benign parotis tümörlerinde daha konservatif yaklaşımlar kabul görmüştür. Günümüzde yüzeysel lob yerleşimli benign parotis tümörlerinde en çok tercih edilen tedavi seçeneği benign süperfisyal parotidektomidir.

Bu teknikte fasyal sinir ortaya konduktan sonra tümörle birlikte parotisin bütün yüzeysel lobu da spesmene dâhil edilmektedir (7). Fasyal sinirin kalıcı veya geçici paralizi ile Frey sendromu bu cerrahinin olabilecek komplikasyonlarıdır. Ayrıca, fazla çıkarılan parotis dokusu nedeniyle postoperatif dönemde bu bölgede bir defekt ortaya çıkmaktadır. Bu problemleri minimize etmek amacıyla, son yıllarda, özellikle kuyruk yerleşimli tümörlerde daha konservatif cerrahiler uygulanmaya başlanmıştır (8). Parsiyel süperfisyal parotidektomide fasyal sinir ana trunkusu bulunduktan sonra tümöre komşu fasyal sinir dalları diseke edilip sadece tümör etrafındaki parotis dokusu çıkarılır (9). Ekstrakapsüler diseksiyon ise hareketli ve tek bölgede lokalize tümörlerde, fasyal sinir dallarını diseke etmeden ve kapsülün 2-3 mm dışından çalışılarak tümörün çıkarılmasıdır. Multisentrik tümörlerde bu yöntem önerilmemektedir. Son zamanlarda ise daha küçük insizyonlarla endoskopik parsiyel süperfisyal parotidektomi tekniği kullanılarak daha iyi kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar alındığını bildiren yayınlar vardır (3). Bizde vakalarımızda ekstrakapsüler diseksiyon yöntemini literatüre benzer şekilde cerrahi teknikle uyguladık ve takip süremiz kısa olmakla

beraber (12 ay) nüks gözlemedik ayrıca son 5 yıl içinde uyguladığımız süperfisyal ve parsiyel süperfisyal parotidektomi uyguladığımız toplam 51 hastada da nüks tümör izlemedik.

Geçici ve kalıcı fasyal sinir hasar insidansı sırasıyla; total parotidektomiden sonra %60-%4, süperfisyal parotidektomiden sonra %26-%1,9, parsiyel süperfisyal parotidektomiden sonra %18-%0,2, ekstrakapsüler diseksiyondan sonra %11-%1,2 olarak bildirilmiştir (4). Ekstrakapsüler diseksiyon uyguladığımız olgularımızda geçici ya da kalıcı fasyal sinir hasarı görülmezken, son 5 yılda süperfisyal parotidektomi uyguladığımız 40 hastanın 5'inde (%12), parsiyel süperfisyal parotidektomi uyguladığımız 11 hastanın 2'inde (%18) geçici fasyal sinir hasarı gözledik. Kalıcı fasyal sinir hasarı ise hiç görülmedi.

Frey sendromu insidansı ise total parotidektomi sonrası %47, süperfisyal parotidektomi sonrası %17, parsiyel süperfisyal parotidektomi sonrası %10, ekstrakapsüler diseksiyon sonrası %3 olarak bildirilmiştir (5). Ekstrakapsüler diseksiyon yapılan hastalarda operasyon zamanı kısaldığı gibi insizyon sahası da küçüldüğü için postoperatif dönemde kulakta hipoestezi yakınmasında azalmaktadır (10). Ekstrakapsüler diseksiyon, parsiyel süperfisyal parotidektomi ve süperfisyal parotidektomi uyguladığımız hastaların hiçbirinde Frey sendromu görülmedi.

Cıncık ve arkadaşlarının (11) yaptığı çalışmada benign parotis tümörlü 39 hastaya ekstrakapsüler diseksiyon uygulamışlar ve hiç nükse rastlamamışlar ancak bu cerrahinin kapsül rüptürüne bağlı ekim ve fasyal sinir hasarına neden

olmamak için deneyimli cerrahlar tarafından yapılmasını önermişlerdir.

Whartin tümörü benign bir hastalık olup, postoperatif yaşanabilecek komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Daha kısa operasyon süresi, daha iyi estetik sonuçlar ve daha fazla korunan sağlam gland miktarıyla, uygun lokalizasyonlu benign tümörlerde ekstrakapsüler diseksiyon yöntemi tercih edilebilir.

Kaynaklar

1. Chedid HM, Rapoport A, Aikawa KY, Menezes AGS, Curioni OA. Whartin's tumour of the parotid gland: study of 70 cases. Rev Col Bras Cir. 2011;38:90-4.
2. Lizuka K, Ishikawa K. Surgical techniques for benign parotid tumors: Segmental resection vs extracapsular lumpectomy. Acta Otolaryngol Suppl. 1998;537:75-81.
3. Shehata EA. Extra-capsular dissection for benign parotid tumours. International Journal of oral and Maxillofacial Surgery. 2010;39:140-4.
4. Eveson JW, Cawson RA. Whartin's tumour of salivary glands. A clinicopathologic investigation of 278 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986;61:256-62.
5. Parraga-Linares L, Aguirre-Urizar JM, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Papillary cystadenoma lymphomatosum (Whartin-like) of minor salivary glands. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14:597-600.
6. Gleave EN. An alternative to superficial parotidectomy: Extracapsular dissection. In: norman JEB, Mc-Gurk M. Color atlas and text of the salivary glands. London: Mosby-

- Wolfe medical communications; 1997.p.165-72.
7. Donati M, Gandolfo L, Privitera A, Brancato G, Cardi F, Donati A. Superficial parotidectomy as first choice for parotid tumours. *Chirurgia Italiana*. 2007; 59: 91-7.
 8. Leverstein H, Van Der Wal JE, Tiwari RM, Van Der Wal I, Snow GB. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of parotid gland. *Br J Surg*. 1997;84:399-403.
 9. Papadogeorgakis N. Partial superficial parotidectomy as the method of choice for treating pleomorphic adenomas of the parotid gland. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011;49:447-50.
 10. Joo YH, Kim PJ, Park JJ, Woo SH. Two-Phase Helical Computed Tomography Study of Salivary Gland Warthin Tumors: A Radiologic Findings and Surgical Applications. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology* 2014;7:216-21
 11. Cıncık H, Güngör A, Sağlam Ö, Candan H. Benign parotis tümörlerinin tedavisi. *Otoscope*. 2004;2:54-57

