

## Parotis bezinde bazal hücreli adenokarsinom

### *Basal cell adenocarcinoma of the parotid gland*

Ferda Bir\*, Aygün Yörükoğlu\*, Funda Tümkiye\*\*

\* Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, Denizli.

\*\* Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz AD, Denizli.

#### Özet

Bazal hücreli adenokarsinom 1990 yılında Elits ve Wiskovitch tarafından tanımlanan düşük dereceli bir malignitedir. Bazal hücreli adenokarsinomlar nadir görülen tümörler olup tükrük bezinde görülen epitelyal tümörlerin %1-2 sini oluşturur. Gelişimi %77 de novo, %23 bazal hücreli adenomdan olduğu düşünülmektedir. Bazal hücreli adenomun malign versiyonu olduğu da düşünülmektedir. Histolojik olarak ikisinin ayrımı zor olmakla birlikte çevre yapılarına invazyon ya da perinöral, vasküler invazyonun saptanması tanı koydurur. Bazal hücreli adenokarsinomu prognoz ve tedavideki farklılıklar nedeniyle tükrük bezinin diğer bazaloid hücreli tümörlerinden ayırt etmek gerekir: adenoid kistik karsinomun solid tübüler varyantı, polimorf düşük dereceli adenokarsinom, bazaloid tip skuamöz hücreli karsinom, ameloblastom ve küçük hücreli karsinomun bazaloid varyantı. Primer tedavi yöntemi radyoterapi ile birlikte veya yalnızca cerrahi eksizyondur. Bu makalede biz parotis bezinde bazal hücreli adenokarsinom tanısı alan 75 yaşında bir bayan hastayı sunduk.

*Pam Tıp Derg 2016;9(1):63-66*

**Anahtar sözcükler:** Tükrük bezi, bazal, adenokarsinom.

#### Abstract

Basal cell adenocarcinoma is low grade malignancy so named in 1990 by Ellis and Wiskovitch. The basal cell adenocarcinomas are rare, accounting for 1-2% of epithelial salivary malignancies. Roughly 77% of them arise de novo with 23% arising within preexisting basal cell adenomas. It is considered as the malign counterpart of the basal cell adenoma. Histological differentiation between the two is difficult and they are often discriminated only by the invasion of local structures or perineural/vascular invasion. It is necessary to differentiate basal cell adenocarcinoma from other basaloid cell tumors of the salivary glands as in the following examples: solid tubular variant of adenoid cystic carcinoma, polymorphous low grade adenocarcinoma, basaloid type of squamous cell carcinoma, basaloid variant of ameloblastoma and small cell carcinoma for the prognosis and potential differences in the treatment. The standard treatment is wide local excision with or without postoperative radiotherapy. In this article, we present a 75-year-old-female with basal cell adenocarcinoma involving the parotid gland.

*Pam Med J 2016;9(1):63-66*

**Key words:** Salivary gland, basal, cell, adenocarcinoma.

#### Giriş

Bazal hücreli adenokarsinom 1990 yılında Elits ve Wiskovitch tarafından tanımlanan düşük dereceli bir malignitedir (1). Yıllarca bazaloid karsinom, hibrid bazal hücreli adenom, adenoid kistik karsinom, monomorfik adenomdan gelişen karsinom ve sialoblastom gibi farklı adlarla anılmıştır (2).

Genellikle ortalama 60 yaş civarında, parotis ve submandibuler tükrük bezlerini tutan bir

tümördür (3,4). %10-14 ü otozomal dominant tükrük bezi-deri adneksal tümör sendromuyla ya da Brooke Spiegler sendromu ile ilişkili olabilir (3). Tükrük bezinde görülen epitelyal tümörlerin %1-2 sini oluşturur. Gelişiminin %77 de novo, %23 bazal hücreli adenomdan olduğu düşünülmektedir (3).

2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bazal hücreli adenokarsinomu 'bazal hücreli adenomun sitolojik özelliklerini taşıyan ancak

Aygün Yörükoğlu

Yazışma Adresi: Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, Denizli.

e-mail: cerkezay@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 06.11.2014

Kabul tarihi: 13.02.2015

büyüme paterni ile maligniteyi işaret eden epitelyal neoplazi olarak tanımlamıştır (4). Bazal hücreli adenomun malign versiyonu olduğu da düşünülmektedir (5).

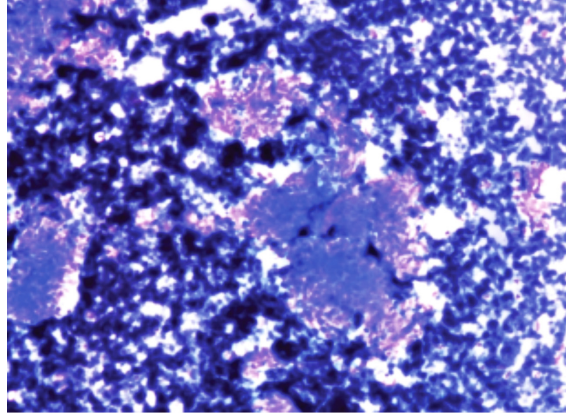
### Olgu Sunumu

Dört sene önce yüzde şişlik şikayeti ile kliniğimizden başka bir merkeze başvuran 75 yaşındaki bayan hasta, bu merkezde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunun benign gelmesi üzerine aynı merkezde takip edilmiştir. Son 3 yıl içinde kitlede büyüme saptanması üzerine hastanemiz KBB polikliniğine başvuran hastaya hastanemizde hastanın kitlesinden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı.

Hipersellüler görünümlü yaymalarda bir çok alanda kalın yayılma nedeniyle hücreler seçilememekle birlikte, değerlendirilebilen alanlarda dar sitoplazmalı, monomorfik bazaloid hücrelerden oluşan kümeler dikkati çekti. Nükleuslar oval-yuvarlak, bazı alanlarda köşeli, düz nükleer sınırlar içeriyordu. Benign tanısı alan hastada total olarak kitle eksize edildi (Resim 1).

Patolojiye gönderilen materyal, makroskopik olarak 7X5X4 cm boyutlarında mor renkli total paratidektomi materyaliydi. Materyal dilimlendiğinde kesit yüzünde 6X5X4 cm boyutunda kirli beyaz renkli solid lezyon izlendi (Resim 2).

Lezyonun histopatolojik incelemesinde küçük büyütmede belirgin hyalinize kalın bazal membranla çevrili yapboz benzeri patern oluşturan bazaloid adalar izlendi (Resim 3a).

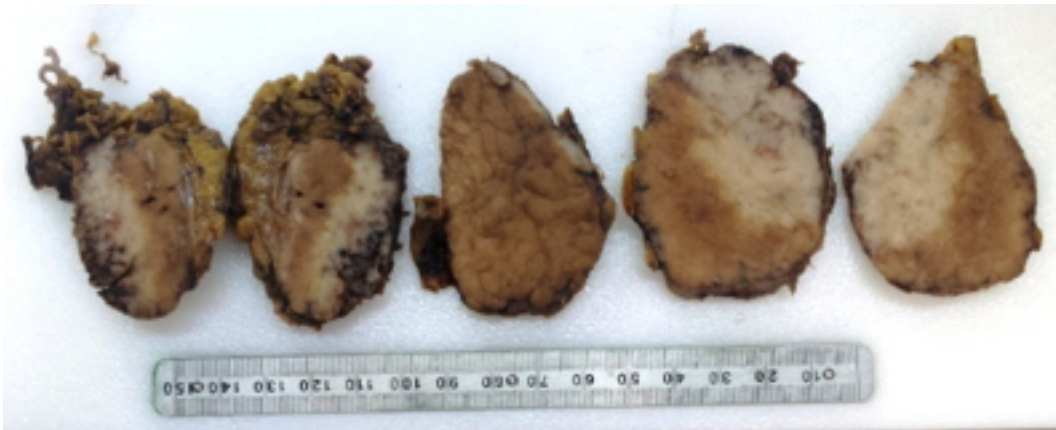


**Resim 1.** Bazaloid hücre adalarından oluşan hücresel yaymalar X10 PAP

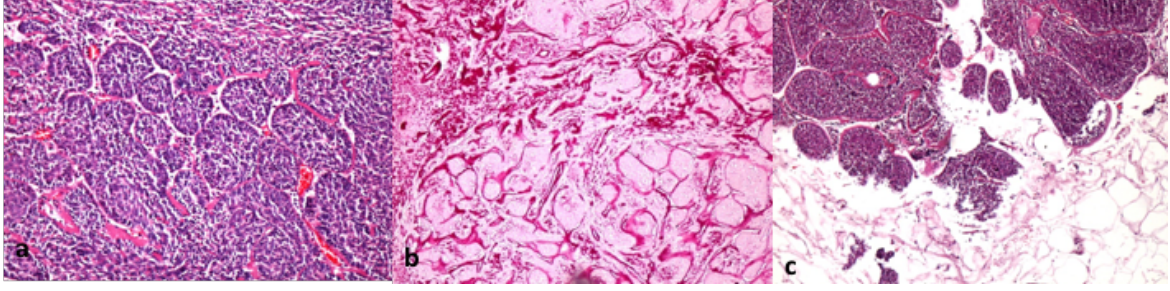
Bazı alanlarda PAS (+) hyalen damlacıklar dikkati çekti (Resim 3b). Bir alanda tümörün çevre yağ doku içine belirgin olarak infiltre olduğu izlendi (Resim 3c). Mitoz ve nekroz görülmedi. İmmünohistokimyasal olarak Vimentin ve p63 diffüz pozitif, S100 fokal pozitif, Ki67 ile proliferasyon indeksi %20 olarak değerlendirildi. Hastamız cerrahi eksizyon ile tanı aldıktan 3 ay sonra 1 ay radyoterapi tedavisi aldı. Yaklaşık bir buçuk senedir takip edilmekte olup nüks veya metastaz saptanmamıştır.

### Tartışma ve Sonuç

Bazal hücreli adenokarsinomların %23 oranında bazal hücreli adenomdan geliştiği düşünülmektedir (2). Bazal hücreli adenomların alt tipleri bulunmaktadır: solid, trabeküler, tübüler ve membranöz. En yaygın görülen alt tip olan solid tipde mikroskopik olarak periferik palizatlanma gösteren bazaloid hücrelerin oluşturduğu solid epitelyal adalar izlenir. Solid adaların ortasında bazoskuamöz girdap yapıları



**Resim 2.** Total paratidektomi materyalinin kesit yüzünde 6X5X4 cm boyutunda kirli beyaz renkli, düzensiz sınırlı solid lezyon.



**Resim 3.** (A) Hyalinize bazal membranla çevrili yap boz benzeri patern oluşturan dar sitoplazmalı bazaloid hücre adaları.X10 H&E, (B) Tümör adalarını çevreleyen PAS pozitif bazal membran.X20 PAS, (C) Adaların çevre yağ dokuya infiltrasyonu. X10 H&E

dikkati çeker. Stroma az oranda ve sıklıkla hyalinizedir. Nadiren mitoz ve apoptotik hücreler izlenebilir (6). Trabeküler alt tipte tümör hücreleri vaskülarize stromayla ayrılan ince trabekül ve kordonlar oluşturur. Fokal mikrokistik stromal değişiklikler ameloblastom benzeri görüntü oluşturabilir (6). Tübüler alt tipte duktal yapılar baskın paterni oluşturur. Lümeni döşeyen küboidal hücreleri çevreleyen bazaloid hücreler izlenir. Duktus lümeninde proteinöz eozinofilik materyal görülür (6).

Bazal hücreli adenomun membranöz tipi dermal analog tümör olarak da tanımlanan, özellikle parotid gland ya da parotid içindeki lenf nodundan gelişerek parotis bezine metastaz yapan tümörleri taklit eden çok nadir bir lezyondur. Histolojik olarak yapboz paterni oluşturan bazaloid hücre kümeleri ve adalarından oluşur. PAS pozitif boyanan belirgin hyalinize kalın bazal membran ve bazal membran topluluklarından oluşan damlacıklar, tümörün karakteristiğidir. Büyük adalarda kistik değişiklikler ve skuamöz metaplazi görülebilir (7). Malign transformasyon riskinin bazal hücreli adenomun membranöz tipinde özellikle daha yüksek olduğu bildirilmektedir (7-9). Bizim olgumuzda izlediğimiz yaygın PAS pozitif hyalinize bazal membran benzeri yapılar ve yap boz benzeri patern oluşturan bazaloid adalar, tümörün membranöz tipte bazal hücreli adenomdan geliştiğini düşündürmektedir.

Histolojik olarak bazal hücreli adenomun maligniteye transformasyon kriterleri başta destruktif infiltratif bazaloid büyüme paterni, perinöral ve vasküler invazyon olmak üzere pleomorfizm, nekroz, mitotik aktivite, lenf nodu metastazı ya da uzak metastazdır (7).

Ayrıcı tanı özellikle adenoid kistik karsinomun solid tübüler ve syindroma benzeri paternleriyle yapılmalıdır. Sıklıkla gerçek kribriform yapılar ve iki sıralı duktuslar kas belirteçleri ile yoğun boyanma adenoid kistik karsinomun tanısını destekler (2).

Bazal hücreli adenokarsinom immüno histokimyasal olarak sitokeratinler ile pozitif, S100, EMA, CEA fokal pozitifdir. Vimentin ve düz kas aktin myoepitelyal diferansiyasyonu destekler. Ki67 ile proliferasyon indeksi bazal hücreli adenomda % 5'i geçmezken bazal hücreli adenokarsinomlarda yüksek proliferasyon indeksi izlenir (4).

Bazaloid tümörler sitolojik olarak mülayim ya da değişen düzeylerde pleomorfizm içeren hücrelerden oluşur. Yüksek mitotik indeks, proliferatif Ki67 ve apoptotik indeksler görülebilir, ancak birçok olguda bu bulgular adenomlarda da izlenebilir (2). Nadir görülen bazal hücreli adenokarsinomu tükrük bezinin diğer bazaloid tümörlerinden ayırt etmek prognoz ve tedavideki farklılıklar nedeniyle önemlidir. Bazal hücreli adenomdan ayırt etmek zor olmakla birlikte bizim olgumuzda olduğu gibi esas olarak çevre yapılara invazyon ya da perinöral, vasküler invazyonun saptanması tanı koydurur (5). Polimorfoz düşük dereceli adenokarsinom, bazaloid tip skuamöz hücreli karsinom, küçük hücreli karsinom, ameloblastomun bazaloid varyantı ayırıcı tanıya giren diğer tümörlerdir (2). Primer tedavi yöntemi radyoterapi ile birlikte veya yalnızca cerrahi eksizyondur. Lokal rekürrens oranı, metastaz oranı ve mortalite ile ilgili veriler değişkenlik göstermektedir (%37, %11, %3) (10). Bizim olgumuz da cerrahi eksizyon sonrası 1 ay radyoterapi almış olup bir buçuk senedir nüks veya metastaz saptanmamıştır.

Sonuç olarak tükürük bezinde bazal hücreli adenokarsinom nadir görülen bir tümördür. Prognoz ve tedavideki farklılıklar nedeniyle diğer bazaloid morfolojideki tümörlerden ayırt edilmesi önemlidir.

**Çıkar İlişkisi:** Yazarlar arasında çıkar ilişkisinin olmadığını beyan ederiz.

### Kaynaklar

- 1 Ellis GL, Wiskovitch JG. Basal cell adenocarcinomas of the major salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;69:461-469.
- 2 Zarbo RJ. Salivary gland neoplasia: a review for the practicing pathologist. *Mod Pathol* 2002;15:298-323.
- 3 Muller S, Barnes L. Basal cell adenocarcinoma of the salivary glands. Report of seven cases and review of the literature. *Cancer* 1996;78:2471-2477.
- 4 Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of tumors of the head and neck. Vol. 9. Lyon: IARC Press; 2005.
- 5 Sarath PV, Kannan N, Patil R, Manne RK, Swapna B, Suneel Kumar KV. Basal cell adenocarcinoma of the minor salivary glands involving palate and maxillary sinus. *J Clin Imaging Sci.* 2013;3(Suppl1):S4.
- 6 Gnepp DR, Hanley JD, Simpson RHW, Everson J In: Gnepp DG editor. *Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck.* Philadelphia 1600 John F. Kennedy Blvd; 2 2009.413-562.
- 7 Hyman BA, Scheithauer BW, Weiland LH, Irons GB. Membranous basal cell adenoma of the parotid gland. Malignant transformation in a patient with multiple dermal cylindromas. *Arch Pathol Lab Med* 1988;112: 209-211.
- 8 Chen KT. Carcinoma arising in monomorphic adenoma of the salivary gland. *Am J Otolaryngol* 1985; 6:39-41.
- 9 Luna MA, Batsakis JG, Tortoledo ME, del Junco GW. Carcinoma ex monomorphic adenoma of salivary glands. *J Laryngol Otol* 1989;103:756-759.
- 10 Cheuk W, Chan KC. Salivary gland tumors. In Fletcher CD, editor. *Diagnostic Histopathology of Tumors.* 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2000:231-311.