

Parotis Bezi Tümörü Nedeniyle Ameliyat Edilen Olguların Cerrahi ve Histopatolojik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Surgical and Histopathologic Results of Patients Operated for Parotid Gland Tumor

Abdullah TAŞ, Safiye GİRAN, Recep YAĞIZ, Ömer YALÇIN¹, Muhsin KOTEN,
Mustafa Kemal ADALI, Ahmet KARASALİHOĞLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, ¹Patoloji Anabilim Dalı, Edirne

Başvuru tarihi / Submitted: 16.07.2008 Kabul tarihi / Accepted: 19.08.2008

Amaç: Parotis tümörü ile kliniğimize başvuran olguları retrospektif olarak incelemek; uygulanan cerrahi işlemleri, histopatolojik sonuçları, görülme oranlarını, takip sürelerini ve komplikasyonları değerlendirmek.

Hastalar ve Yöntemler: Ocak 2000 ile Mayıs 2008 tarihleri arasında kulak önünde ve/veya kulak altında şişlik şikayeti ile başvuran 56 hasta (38 erkek, 18 kadın; ort. yaşı 52.7; dağılım 7-86) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, ameliyat şekli, ameliyat sonrası histopatolojik sonuçları ve takip süreleri kaydedildi.

Bulgular: Bir erkek olgu iki taraflı lezyon nedeniyle iki kez ameliyat oldu. Ameliyat sonrası histopatoloji sonuçlarına göre olguların 37'si selim (%64.9), 20'si habis (%35.1) idi. Selim tümör olarak pleomorfik adenom (13 olgu) ve Whartin tümörü (13 olgu) eşit sayıda saptandı. Cerrahi yöntem olarak parsiyel yüzeyel parotidektomi, yüzeyel parotidektomi veya total parotidektomi uygulandı. Bu tedaviye ek olarak bazı olgularda boyun diseksiyonu uygulandı. En sık görülen komplikasyon geçici fasyal sinir parezisi idi.

Sonuç: Parotis bezi tümörlerinin tedavisinde selim olanlar da yüzeyel veya parsiyel yüzeyel parotidektomi yeterli bir tedavidir. Habis tümörlerde ise yüzeyel, total parotidektomi uygulanmalı, boyun kitlesi olan olgularda boyun diseksiyonu, fasyal sinir tutulu olgularda ise fasyal sinir dallarının rezeksiyonları ve onarımıları yapılmalıdır. Tümör tipine göre ameliyat sonrası radyoterapi ve kemoterapi tedaviye eklenmelidir.

Anahtar sözcükler: Parotis neoplazmları; biyopsi, ince igne; patoloji; cerrahi girişim; boyun diseksiyonu.

Objectives: To investigate the patients with parotid tumors retrospectively and to evaluate the surgical procedure, histopathologic results, incidence, follow-up time and complications.

Patients and Methods: The study included 56 patients (38 males, 18 females; mean age 52.7 years; range 7 to 86 years) who presented with a mass below or in front of the ear between January 2000 and May 2008. The data regarding patient age, sex, surgical procedure, postoperative histopathologic results and follow-up time were recorded.

Results: One of the male patients underwent operation twice because of the bilateral parotid mass. According to the postoperative histopathologic results, 37 of the cases were benign (64.9%), and 20 of them were malignant (35.1%). Pleomorphic adenoma (13 patients) and Whartin tumor (13 patients) incidence were similar. Partial superficial parotidectomy, superficial parotidectomy, and total parotidectomy were performed. In addition, some of the patients underwent neck dissection. The most frequent complication was transient facial nerve paresis.

Conclusion: For the management of benign parotid gland tumors, superficial or partial superficial parotidectomy is a sufficient surgery. For malignant tumors, superficial or total parotidectomy; in cases with neck masses, neck dissection; and in cases involving the facial nerve, facial nerve resection and reconstruction should be performed. According to the type of tumor, postoperative radiation therapy and chemotherapy should be performed as well.

Key words: Parotid neoplasms; biopsy, fine needle; pathology; surgical procedures; neck dissection.

Tükürük bezi tümörleri vücuttaki tüm neoplazmların %3'ünü, baş boyun tümörlerinin ise %5-10'unu oluşturur ve en sık görüldüğü dönem 20-60 yaşları arasındadır. Her iki cinste eşit sıklıkta görülür.^[1] Tükürük bezi kökenli bütün tümörlerin %80'i parotis bezindedir. Minör tükürük bezi tümörleri genellikle (%65) habis karakterde olmasına rağmen, parotis bezinden kaynaklanan tümörler %80 oranında selim yapıdadır.^[2] Parotis bezinden kaynaklanan selim tümörlerin %80'ini pleomorfik adenom oluşturur. İkinci en sık selim tümör ise Whartin tümörüdür. Parotis bezinden en sık kaynaklanan habis tümör ise mukoepidermoid karsinomdur.^[3] Klinik uygulamada ince igne aspirasyon biyopsisi (İİAB), ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılarak parotis bezi kitleleri hakkında daha kapsamlı bilgiler edinilmekte ve tedavi yaklaşımı buna göre belirlenmektedir. Palpe edilemeyen veya heterojen yapıdaki kitlelerden ultrasonografi eşliğinde İİAB yapılması gerekebilir.^[3] Bu çalışmanın amacı parotis kitlesi ile kliniğimize başvuran olguların retrospektif olarak incelenmesi; uygulanan cerrahi işlemler, histopatolojik sonuçları, görülme oranları, takip süreleri ve komplikasyonların değerlendirilmesidir.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Bu çalışmaya Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine Ocak 2000 ile Mayıs 2008 tarihleri arasında kulak önünde ve/veya kulak altında şişlik şikayeti ile başvuran 56 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, ameliyat şekli, ameliyat sonrası histopatolojik sonuçları ve takip süreleri kaydedildi. Hastalara rutin muayeneye ek olarak ameliyat öncesinde bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme tetkiki yapıldı. Hastalara görüntüleme tetkikleri sonrası İİAB yapıldı. Ultrasonografi eşliğinde İİAB yapılması gerekmemi. Cerrahi yöntem olarak parsiyel yüzeyel parotidektomi, yüzeyel parotidektomi veya total parotidektomi ve bu tedaviye ek olarak boyunda palpabl lenfadenopatisi bulunan olgularda ve okült metastaz riski yüksek kanserlerde boyun diseksiyonu uygulandı. Beş olguya radikal, bir olguya ise tip 3 modifiye radikal

boyun diseksiyonu uygulandı. Yüzeyel lobda 3 cm'den küçük selim lezyonlara parsiyel yüzeyel parotidektomi, (tümör fasyal sinire bitişik olmadığı durumlarda) 3 cm'den büyük lezyonlara yüzeyel parotidektomi uygulandı. Fasyal sinire invazyon olan olgularda ya da cerrahi sırasında fasyal sinirin tutulduğu görülen olgularda fasyal sinir rezeksiyonu yapıldı. Fasyal sinir peroperatif dönemde onarıldı. Olguların bazlarına ameliyat sonrası dönemde histopatolojik sonuçlarına göre ikinci cerrahi (total parotidektomi, boyun diseksiyonu), boyunda ikiden fazla metastatik lenfadenopati varlığında veya ekstrakapsüler yayılım varlığında ise radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulandı. Bir hastaya değişik zamanlarda her iki parotis kitlesine girişim uygulandı.

BULGULAR

Parotis bezinde kitle ile ameliyat edilen 56 hastanın 18'i kadın (%32.1), 38'i erkek (%67.9) idi. Bir erkek olgu iki taraflı lezyon nedeniyle iki kez ameliyat edildi. Olguların ortalama yaşı 52.7 (7-86) idi. Ameliyat sonrası sonuçlarına göre olguların 36'sı selim (%64.9), 20'si habis (%35.1) idi (Tablo 1). Olguların yaşlarına göre selim ve habis dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Selim tümörlerin ortalama takip süresi 36.9 (3-96) ay, habis tümörlerin ise ortalama takip süresi 24.1 (1-84) aydır. İnce igne aspirasyon biyopsisi sonucuna göre selim olarak bildirilen olguların tümüne ve sonuç verilemeyen olgulara parsiyel yüzeyel veya yüzeyel parotidektomi uygulandı. Bu olgulardan yüzeyel parotidektomi uygulamış olan ve ameliyat sonrası patolojisi habis gelen üç olguya (bir olgu malign mixt tümör, bir olgu asinik hücreli karsinom, bir olgu skuamöz karsinom) ikinci seanstta total parotidektomi uygulandı. Malign mikst tümörlü olguya ayrıca radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Skuamöz hücreli karsinom olusuna; fonksiyonel boyun

Tablo 1. Parotis tümörlerinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Selim (%)	Habis (%)	Toplam (%)
Erkek	26 (72.2)	12 (60)	38 (67.9)
Kadın	10 (27.8)	8 (40)	18 (32.1)
Toplam	36	20	56

Tablo 2. Histopatolojik sonuçların yaş aralıklarına göre dağılımı

Yaş grubu	Selim (%)	Habis (%)	Toplam (%)
<20 yaş	1 (2.7)	1 (5)	2 (3.6)
20-40 yaş	12 (32.4)	-	12 (21)
40-60 yaş	16 (43.2)	5 (25)	21 (36.8)
>60 yaş	8 (21.6)	14 (70)	22 (38.6)
<i>Toplam</i>	<i>37</i>	<i>20</i>	<i>57</i>

diseksiyonu ve fasyal sinir rezeksiyonu ile sinir onarımı yapıldı. Asinik hücreli karsinom olgusuna ise radikal boyun diseksiyonu, radyoterapi ve kemoterapi uygulandı (48 aylık takipte nüks görülmemi). İnce igne aspirasyon biyopsisi sonucu habis olarak bildirilen olgulara ve İİAB sonucu kesin tanı verilemeyen ancak ameliyat sırasında habis olabileceği düşünülen bir olguya frozen yapılarak (adenokarsinom olgu) total parotidektomi uygulandı. Fasyal sinir tutulumu ile gelen olgulara (bir olgu lenfoepitelyoma benzeri karsinom, bir olgu skuamöz hücreli karsinom) total parotidektomi uygulanarak tutulan bukkal ve marginal mandibuler dalları kesilerek N auricularis magnus kullanılarak sinir onarımı yapıldı. Lenfoepitelyoma benzeri karsinom olgusunun 16 aylık takibinde nüks görülmemi. Cilt tutulumu olan üç olgu geniş cilt eksizyonu yapılarak çıkarıldı ve cilt flebi çevrilerek defektler kapatıldı.

Tablo 3. Selim lezyonlarının histopatolojik tipine göre sayıları ve cinsiyete göre dağılımı

Histopatoloji	Sayı	Yüzde	Kadın/Erkek
Pleomorfik adenom	13	35.1	5/8
Whartin tümörü	13	35.1	2/10*
Kazeifiye nekrotizan granüloma	2	5.4	2/0
Bazal hücreli adenoma	1	2.7	1/0
Lenfoepitelyal kist	1	2.7	0/1
Foliküler lenf nodu	1	2.7	0/1
Düzenli tükrük bezi	1	2.7	0/1
Epidermal keratinöz kist	1	2.7	0/1
Kistik lenfanjiyom	1	2.7	0/1
Myoepitelyal siyaladenit	1	2.7	0/1
Myoepitelyoma	1	2.7	0/1
Onkositik hiperplazi	1	2.7	1/0
<i>Toplam</i>	<i>37</i>	<i>100</i>	<i>11/26</i>

*Bir olguda bilateral tümör mevcuttu.

Selim tümör olarak pleomorfik adenom (13 olgu) ve Whartin tümörü (13 olgu) eşit sayıda idi. Daha az sıklıkta kazeifiye nekrotizan granüloma (2 olgu) görülmekteydi. Diğer selim tümörler aynı sıklıkta görülmekteydi (Tablo 3). Selim tümör nedeniyle ameliyat edilen olguların en küçüğü 9 yaşındaydı ve histopatolojik tanısı kistik lenfanjiyom idi.

Habis tümörlerden en sık görüleni adenokarsinom idi (4 olgu). Bunlardan üçü bazal hücreli birisi ise duktal hücreli adenokarsinom olgu-su idi. Olguların tümü erkekti. İkinci sıklıkta metastatik karsinom (3 olgu) olup bunlardan ikisi epidermoid karsinom metastazı, biri de malign melanom metastazıydı. Bu olgulara radical boyun diseksiyonu ve epidermoid karsinom metastazı olanlara ameliyat sonrası radyoterapi uygulandı. Diğer habis tümörler ve oranları Tablo 4'te gösterilmiştir. Habis kitle nedeniyle ameliyat edilen olguların en küçüğü 7 yaşında olup histopatolojik tanısı mukoepidermoid karsinom idi. Bu olguya sadece yüzeyel parotidektomi uygulandı. Epitelyal-myoeptelyal karsinom olarak raporlanan bir olguya (olgu sunumu olarak yayınlandı) yüzeyel parotidektomi yapıldı.^[4] Ameliyat sonrası takip süresi 84 ay olan bu olguda nüks ile karşılaşılmadı.

Tablo 4. Habis lezyonlarının sayıları oranları ve cinsiyete göre dağılımı

Histopatoloji	Sayı	Yüzde	Kadın/Erkek
Adenokarsinom	4	20	0/4
Metastatik karsinom	3	15	2/1
Asinik hücreli karsinom	2	10	1/1
Skuamöz hücreli karsinom	2	10	0/2
Malign mixt tümör	2	10	2/0
Lenfoma (B hücreli/nonhodgkin)	2	10	2/0
Adenoid kistik karsinom	1	5	1/0
Mukoepidermoid karsinom	1	5	0/1
Onkositik karsinom	1	5	0/1
Lenfoepitelyoma benzeri karsinom	1	5	0/1
Epitelyal myoepitelyal karsinom	1	5	0/1
<i>Toplam</i>	<i>20</i>	<i>100</i>	<i>8/12</i>

Tablo 5. Malign tümörlü olgularımızın dökümü, tümör tipi, uygulanan cerrahi ve takipleri

Yaş/Cinsiyet	Tümör tipi	Cerrahi	Ek tedavi	Nüks	Takip süresi (ay)
1 51/K	Adenoid kistik karsinom	YP		Yok	36
2 77/E	Epitelyal myoepitelyal karsinom	YP		Yok	84
3 69/K	Malign mikst tümör	YP	TP+RBD	Var	4 (ex)
4 63/K	Non Hodgin lenfoma	YP	KT	Yok	36
5 68/E	Asinik hücreli karsinom	YP		Yok	69
6 68/K	B hücreli Lenfoma	YP		Yok	36
7 78/E	Metastatik karsinom (SCC)	YP	RBD+RT	Yok	1 (ex)*
8 71/K	Asinik hücreli karsinom	YP	TP+RBD+RT+KT	Yok	48
9 50/E	Onkositik karsinom	YP		Yok	40
10 61/E	Bazal hücreli adenokarsinom	TP		Uzak metastaz	11 (ex)
11 73/K	Metastatik karsinom (SCC)	YP	RBD+RT	Yok	20
12 7/E	Mukoepidermoid karsinom	YP		Yok	21
13 75/E	Lenfoepitelyoma benzeri karsinom	TP	Sinir eksizyonu+Cilt flebi	Yok	16
14 56/K	Metastatik karsinom (melanom)	YP	RBD	Yok	6
15 82/E	Skuamöz hücreli karsinom	TP	RBD+Cilt flebi	Yok	16 (ex)*
16 70/E	Duktal adenokarsinom	TP	RBD+Cilt flebi+RT+KT	Var	20
17 70/E	Bazal hücreli adenokarsinom	YP	TP	Yok	6
18 70/K	Malign mikst tümör	YP		Yok	5
19 50/E	Skuamöz hücreli karsinom	YP	TP+FBD +sinir onarımı	Yok	4
20 68/E	Bazal hücreli adenokarsinom	TP		Yok	4

YP: Yüzeyel parotidektomi; TP: Total parotidektomi; RBD: Radikal boyun diseksiyonu; FBD: Fonksiyonel boyun diseksiyonu; RT: Radyoterapi; KT: Kemoterapi; ex: exitus; *primer hastalık dışı exitus.

Duktal tip adenokarsinom tanısı alan bir olguda total parotidektomi sonrası üçüncü yılda lokal nüks gelişti. Bu olguya kitle eksizyonu ve flep onarımı yapıldı ve radyoterapi ve kemoterapi tedavisi uygulandı. Ameliyat sonrası patoloji sonucu lenfoma olarak bildirilen iki olgudan birine hematoloji kliniği görüşü alınarak ilave kemoterapi tedavisi uygulandı. Diğerine ise sadece yüzeyel parotidektomi uygulandı. Lenfomali iki olguda da İİAB ile tanı konulamamıştır. Habis tümörlü tüm olgularımızın dökümü, tümör tipi, uygulanan cerrahi ve takipleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Selim tümörlerde en sık karşılaşılan komplikasyon geçici fasyal sinir parezisi (4 olgu) ve tükürük fistülleri (3 olgu) idi. Selim tümörlerin hiçbirinde kalıcı fasyal paralizi saptanmadı. Tükürük fistülleri için sıkı yara pansumanı yapıldı. Takiplerde tüm olgularda tam iyileşme saptandı. Habis tümörlerde de en sık görülen komplikasyon fasyal sinir paralizi idi. Bu olgulardada fasyal sinir paralizisi geçici idi. Fasyal sinir greflemesi yapılan olgularda ise kısmi paralizi devam etmektedir. Cilt flebi

çevrilen bir olguda flep nekrozu gelişti. Frey sendromu olgusu saptanmadı.

TARTIŞMA

Selim tümörler genellikle uzun süreden beri var olan ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Parotis bezinde akut başlayan ağrılı şişlikler genellikle inflamatuvar lezyonlardır. Uzun süredir var olan bir kitlenin boyutlarında hızlı bir artış selim bir tümörün habis transformasyonunu düşündürür. Ancak bu kistik dejenerasyon veya inflamasyon nedeniyle de olabilir. Pleomorfik adenom en sık karşılaşılan tükürük bezi selim tümöründür ve sıklıkla beşinci dekatta görülür.^[5] Literatürde pleomorfik adenom selim tümörlerin %61-90'ını oluşturduğunu bildiren yayınlar mevcuttur.^[6-8] Çalışmamızda selim tümörler içinde pleomorfik adenom oranı %35.1 olarak bulunmuştur ve bu Warthin tümörünün görülmeye sıklığı ile eşittir. Çalışmamıza yakın değer Erkan ve ark.nin^[9] çalışması olup bu oran %33 olarak bulunmuştur. Pleomorfik adenomlu tüm olgularımıza yüzeyel veya parsiyel yüzeyel parotidektomi ameliyatı

uygulanmıştır. Parsiyel yüzeyel parotidektomi için esas olarak 3 cm'den küçük olan yüzeyel hareketli selim tümörler seçilmelidir.^[10,11] Bu uygulama ile fasyal sinir lezyonları daha az sıklıkla meydana gelirken tümör nüks oranları benzerdir.^[12] Yüzeyel ve total parotidektomi sonrası olan geçici fonksiyon kaybı sıklığı literatürde %18-65 oranında bildirilmiştir. Parotis bezine daha sınırlı yaklaşımlar kullanıldığında sıklık %10-24 oranında olmaktadır.^[13] Parsiyel parotidektomi sonrası pleomorfik adenom için rekürrens oranı %1-9, Warthin tümörü için %1-12 olarak bildirilmiştir.^[13] Biz de 3 cm'den küçük yüzeyel lobun lateralinde yer alan kitlelere parsiyel yüzeyel parotidektomi uyguladık. Pleomorfik adenom olgularında habis transformasyon %1.6-9.4 olarak bildirilmiştir. Pleomorfik adenom olgularında habis transformasyon vücutta kalış süresi ile orantılı olarak artar.^[9] Hiçbir olgumuzda rekürrens ve habis transformasyon meydana gelmemiştir.

Parotis bezinde ikinci sıklıkta görülen selim tümör Warthin tümörüdür ve görülme sıklığı %6-10 olarak bildirilmiştir.^[2,3] Yine literatürde yapılan çalışmalarda bu oran %24'e kadar bulunmuştur.^[9] Çalışmamızda Warthin tümörü selim tümörlerin %35.1'ini oluşturmaktadır. Bilateral görülebilimeleri ve boyuna metastaz yapabilme özelliğine sahip olabilmeleri nedeniyle Warthin tümörlü olguların yakın takibi gereklidir. Olguların %10'unda bilateral olma olasılığı vardır.^[1,2] Bir olgumuzda (%7.7) bilateral Warthin tümörü saptandı ve her iki tarafa yüzeyel parotidektomi iki ayrı seanssta yapıldı.

Çalışmamızda üçüncü sıklıkta granülamatöz hastalıklardan tüberküloz saptanmıştır (%5.4). Tüberküloz tükürük bezleri içerisinde en sık parotis bezinde görülür. Bu olgularda da tanı ameliyat sonrasında konulmuş, ameliyat öncesi yapılan İİAB ile tanı konulamamıştır. Tedavide antitüberküloz tedavi uygulanır ve genellikle primer odak akciğerdir. İki olgumuzda da tüberküloz için başka bir odak saptanmadı. Yüzeyel parotidektomi sonrası antitüberküloz tedavi uygulandı.

Parotis bezinin en sık görülen habis tümörü mukoepidermoid karsinomdur. Mukoepidermoid karsinom yüksek grade ve düşük grade'li olabilir, yüksek grade'li mukoepidermoid karsinomun

prognозу daha kötüdür ve daha agresif seyreder. Düşük grade'li karsinomda yüzeyel parotidektomi yeterli iken yüksek grade'li karsinomda total parotidektomi, ameliyat sonrası radyoterapi gereklidir.^[14] Bizim mukoepidermoid karsinomlu bir olgumuz mevcuttu. Yedi yaşında bir erkek çocuktu. İnce igne aspirasyon biyopsisi çocuğun aşırı anksiyetesi nedeniyle yapılamadı ve olguya yüzeyel parotidektomi uygulandı. Patoloji raporu düşük grade mukoepidermoid karsinom olarak bildirildi. Olguya başka bir tedavi uygulanmadı. Olgunun 21 aylık takibinde nüks görülmemiştir. Çocuklarda parotis bezinin mukoepidermoid karsinomu nadirdir. Klinik stage ve histolojik grade en önemli prognostik faktördür. Tedavide yüzeyel veya total parotidektomi uygulanmalı ve tutulum yoksa fasyal sinir korunmalıdır. Radyoterapi pediatrik popülasyonda uzun dönemde yan etkilere neden olabileceğiinden sadece seçilmiş olgularda kullanılmalıdır.^[15] Olgularımız içerisinde en sık görülen habis tümör ise dört olgu ile adenokarsinomdur. Bunlardan biri duktal diğerleri bazal hücreli adenokarsinomlardır. Adenokarsinomlar bütün parotis tümörlerinin yaklaşık %2-3'lük bölümünü oluştururken parotis bezi kanserlerinin %15'ini oluşturur.^[16] Duktal hücreli karsinom olgusu total parotidektomi uygulandıktan üç yıl sonra nüks etti. Cilt ile birlikte geniş rezeksiyon yapılip fleple defekt onarımı yapıldı. Bazal hücreli tipli bir olgumuz hayatını kaybetti. Diğer olgular sağlıklı yaşamalarını sürdürmekteydi. Parotise metastatik karsinomlar en sık baş-boyun bölgesi cildi olan skuamöz karsinomlardır.^[17] Malign melanom parotis bölgesine en fazla metastaz yapan tümördür. Temporal bölgedeki melanomların %80'i parotis metastazı ile birliliktedir. Baş-boyunun diğer bölgelerinden gelip parotise yayılan malign melanomlar %50'den azdır.^[2] Üç metastatik karsinomlu olgumuzun ikisi skuamöz hücreli karsinom, diğeri ise malign melanom idi. Primer skuamöz hücreli karsinom parotis bezinde nadiren görülür. Tüm parotis tümörlerinin %0.1-3.4'ünü oluşturur.^[18] İki olgumuza da total parotidektomi uygulandı. Bir olgumuza radikal diğerine fonksiyonel boyun diseksiyonu uygulandı. Olgularımızdan biri 18 aylık takip sonrası hastalığına bağlı olmayan nedenle kaybedildi. Diğerinin ise 4 aylık takibinde nüks izlenmedi.

Asinik hücreli karsinom parotis tümörlerinin %3'ünü oluşturur.^[2] Yılmaz ve ark.^[7] olgularının %13.6'sında, Lima ve ark.^[19] ise olgularının %14.3'tünde asinik hücreli karsinom saptamışlardır. İki olgumuzda (%10) asinik hücreli karsinom saptandı. Olgularımızdan biri 69 ay digeri 48 aylık takiplerinde nüks ve metastaz bulgusu olmaksızın sağlıklı yaşamalarını sürdürüyor. Parotis bezi lenfoması nadir görülen bir tümördür ve parotis malign tümörlerinin %0.2-0.8'ini oluşturur.^[20] İki olgumuzun (%10) biri Non-Hodgkin lenfoma digeri B hücreli lenfoma idi. Her iki olguya da yüzeyel parotidektomi uygulandı. Her iki olgumuz da 36 aylık takipleerde sağlıklı yaşamalarını devam ettiriyorlar.

Parotis cerrahisi uygulanan olgularda karşılaşılan komplikasyonlar; fasyal sinire ait hasarlar, kanama, hematom ve seroma, sialosel, flep nekrozu, tükürük fistülü, infeksiyon ve Frey sendromudur.^[21] Çalışmamızda hem selim hem de habis tümörlü olgularda en sık karşılaşılan komplikasyon fasyal sinir hasarları idi. Fasyal sinire greft gerektiren olgular dışındaki tüm olgularda sinir fonksiyonu geri döndü. Tükürük fistülü olan olgular sıkı pansuman yapılarak tedavi edildi. Bir olguda ise flep nekrozu meydana geldi.

Sonuç olarak parotis bezi tümörlerinin tedavisinde selim olanlarda parsiyel yüzeyel parotidektomi veya yüzeyel parotidektomi yeterli bir tedavidir. Habis tümörlerde ise yüzeyel veya total parotidektomi uygulanmalıdır. Boyun kitlesi olan olgularda ve boyuna metastaz yapabilecek kanserlerde boyun diseksiyonu uygunlamalı, fasyal paralizi ile gelen olgularda fasyal sinir dallarının rezeksiyonları ve onarımları yapılmalıdır. Tümör tipine göre ameliyat sonrası radyoterapi ve/veya kemoterapi tedaviye eklenmelidir. Karşılaştılabilecek komplikasyonlara karşı hastalar bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Yağız C, ve Karaman E. Tükürük bezlerinin selim tümörleri. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci (Özel sayılar) Kulak Burun Boğaz Dergisi 2007;3:22-6.
2. Kaya S. Tükürük bezi hastalıkları. 1. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997. s. 221-69.
3. Karasalihoglu AR. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi. 3.baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003. s. 175-180.
4. Taş A, Yağız R, Altaner S, Koten M, Karasalihoglu AR. A case of epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2003;10:171-4.
5. Hanna EY, Lee S, Fan CY, Suen JY. Tükürük bezlerinin benign tümörleri. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, Schuller DE, Thomas JR. Cummings otolarin-goloji baş ve boyun cerrahisi. Çeviri editörü: Koç C. 4. baskı. Ankara: Güneş Tip Kitabevi; 2007. s. 1348-77.
6. Gök Ü, Yalçın Ş, Kaygusuz İ, Keleş E, Çetinkaya T, Alpay HC. Tükürük bezi kitleleri: 112 olgunun analizi. Türk ORL Arşivi 2001;39:104-8.
7. Yılmaz T, Ünal ÖF, Saraç S, Yücel ÖT, Önerci M, Sözeri B, et al. Parotis bezi tümörleri: 593 olguluk deneyim. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2000;8:33-9.
8. Özeri C, Ünver Ş, Samim E, Eryılmaz A. Tükürük bezi tümörleri. Türk ORL Arşivi 1990;28:173-5.
9. Erkan AN, Yavuz H, Yılmazer C, Çağıcı CA, Aslan S, Yılmaz İ, ve ark. Parotis cerrahisindeki deneyimlerimiz. Türk Otolarengoloji Arşivi 2007;45:91-9.
10. Helmus C. Subtotal parotidectomy: a 10-year review (1985 to 1994). Laryngoscope 1997;107:1024-7.
11. Witt RL. Facial nerve function after partial superficial parotidectomy: An 11-year review (1987-1997). Otolaryngol Head Neck Surg 1999;121:210-3.
12. Upton DC, McNamar JP, Connor NP, Harari PM, Hartig GK. Parotidectomy: ten-year review of 237 cases at a single institution. Otolaryngol Head Neck Surg 2007;136:788-92.
13. Guntinas-Lichius O, Klussmann JP, Wittekindt C, Stennert E. Parotidectomy for benign parotid disease at a university teaching hospital: outcome of 963 operations. Laryngoscope 2006;116:534-40.
14. Emerick KS, Fabian RL, Deschler DG. Clinical presentation, management, and outcome of high-grade mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. Otolaryngol Head Neck Surg 2007;136:783-7.
15. Rahbar R, Grimmer JF, Vargas SO, Robson CD, Mack JW, Perez-Atayde AR, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland in children: A 10-year experience. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2006;132:375-80.
16. Aslan İ. Malign tükürük bezi hastalıkları. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci (Özel sayılar) Kulak Burun Boğaz Dergisi 2007;3:10-21.
17. Bova R, Saylor A, Coman WB. Parotidectomy: review of treatment and outcomes. ANZ J Surg 2004;74:563-8.
18. Flynn MB, Maguire S, Martinez S, Tesmer T. Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland: the importance of correct histological diagnosis. Ann Surg Oncol 1999;6:768-70.
19. Lima RA, Tavares MR, Dias FL, Kligerman J, Nascimento MF, Barbosa MM, et al. Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors. Otolaryngol Head Neck Surg 2005;133:702-8.
20. von Stritzky M, Wereldsma JC, Pegels JG. Parotid mass as first symptom of a malignant lymphoma. J Surg Oncol 1998;67:25-7.
21. Korkut N. Tükürük bezi cerrahisi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci (Özel sayılar) Kulak Burun Boğaz Dergisi 2007;3:49-56.