

PAROTİS PLEOMORFİK ADENOM

Pınar ATABEY¹

Vaka Sunumu

20 yaşında kadın hasta sağ kulak lobülü altında yaklaşık bir yıldır var olan şişlik ile başlayıp son bir ay içerisinde giderek büyüyen, ağrısız kitle ile polikliniğimize başvurdu.

Özgeçmiş

Bilinen ek hastalık yok

Sigara öyküsü yok

Baba mesane kanseri nedeniyle tedavi görüyor

Geçirilmiş cerrahi öyküsü yok

Travma öyküsü yok

Fasiyal paralizi, ağrı, trismus, kuru ağız ve göz yok

Anamnezde neler sorgulanmalıdır?

- › Kitlenin ne zamandır var olduğu veya fark edildiği
- › Lokal travma öyküsü
- › Dental işlem öyküsü
- › Sigara içiciliği
- › Tükürük bezi taşı öyküsü
- › Malignite öyküsü
- › Radyoterapi tedavisi öyküsü
- › Sistemik inflamatuvar hastalık öyküsü
- › Otoimmün hastalık öyküsü

Hangi spesifik semptomlar sorgulanmalıdır?

- › Ağrı
- › Fasiyal sinirde güçsüzlük
- › Kuru göz ve ağız var mı?
- › Trismus
- › Disfaji
- › Otalji
- › Bukkal mukozada şişlik

¹ Uzm. Dr. Pınar ATABEY, Batman Devlet Hastanesi / Batman Kulak Burun Boğaz Bölümü pınaratabey16@gmail.com

rür. Fasiyal sinir paralizi en sık skuamöz hücreli ve undifferansiye kanserlerde görülür.(14).

Pleomorfik adenom tanısında ilk kullanılacak görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Tümörün lokalizasyonu ve boyutu hakkında önemli bilgiler verir. MR vasküler yapılar ile ilişkiyi değerlendirmek veya parafarengeal uzanımı gösterme amacıyla istenebilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ilk tercih edilen tanı yöntemi olmakla beraber histopatolojik adlandırma yapmakta etkinliği düşüktür. (1) Bazı cerrahlar preoperatif olarak yapılan İİAB'yi tedavi şeklini değiştirmede için tartışmaya açık bulmaktadır (2). Ancak klinik pratikte operasyon öncesinde malign-benign ayırımı yapmakta ve histopatolojik değerlendirmede çoğunlukla başvurulmaktadır.

Pleomorfik adenomlar çoğu zaman superfisiyal lobdan kaynaklandığı için superfisiyal parotidektomi yeterlidir. Derin lob kaynaklı tümörlere total parotidektomi uygulanır. Cerrahi sırasındaki en kritik iki unsur fasiyal sinir ve tümörün kapsülünün sağlam şekilde, sağlıklı tükrük bezi dokusuyla beraber çıkarılmasıdır. Çoğu parotis tümörü özellikle pleomorfik adenom parotis bezinin kuyruk kısmından gelişir.

Parotidektomi sonrasında postoperatif olarak görülebilecek en erken komplikasyon kanama ve hematomdur. Ameliyathane şartlarında flep kaldırılıp kanama kontrolü sağlanır ve hematom temizlenir. Fasiyal sinir açıkta olacağı için dikkatli olunmalı ve hemovak drenin sinire değmemesi için özen gösterilmelidir. Parotidektomi sonrasında geçici parazi/paralizi oranı %10-30' dur.(15-16) Genellikle sinir traksiyonuna veya ödeme bağlıdır. Sinir sitümülotörünün de siniri yorabileceği ve parazi yapabileceği hatırd tutulmalıdır. Cerrah fasiyal sinirin bütünlüğünden eminse hastaya kortikostreoid tedavisi azalan günlük dozla verilir. Hastada görülebilecek kalıcı paralizi oranı %1'den azdır. Fasiyal sinir istemsiz olarak sakrifiye edilirse 8-0 veya 10-0 prolen ip ile endonöyumlar uç uca gelecek şekilde anastomoz yapılır. Parotidektomi sonrasında geçici tükrük fistülü görülme oranı %10'dur. (17)

Parotidektomi sonrasında %10-40 oranında hastada yemek yeme esnasında yüzde terleme ve kızarıklık olur.(18) Bu frey sendromu veya aurikulotemporal sendrom olarak bilinir. N.aurikulotemporalis'in parasempatik liflerinin derideki ter bezlerinin kesilmiş sempatik lifleri ile rejenere

olmasıyla ortaya çıkar. Bu durumun olmaması için flep elevasyonu sırasında SMAS'ın bütünlüğünü korumak, flebi inceltmemek gerekmektedir. Çoğu zaman birkaç ay içinde kendini sınırlar ancak kronik olduğu durumlarda skopolamin ve glikopirrolat gibi antikolinerjikler(19),botulinum A toksin enjeksiyonu kullanılabilir.(20). Bazı yazarlar frey sendromunu önlemek için intraoperatif SKM'nin rotasyonu, temporoparietal fasya yerleştirilmesi veya otolog yağ enjeksiyonu önermiştir.(20)

Parotidektomi sonrasında pratikte en çok karşımıza çıkan komplikasyon aurikula, yüz bölgesinde hissizlik veya ağrı gibi yakınmalardır. Bu durum geçicidir ve 6 ay içinde şikayetlerde belirgin azalma olmaktadır.(21)

Sonuç

Pleomorfik adenom benign patoloji olmasına rağmen aşırı agresif tümörlere dönüşme ihtimalinden dolayı opere edilmelidir. Var olan kitlenin hızlı progresse olması, ağrı olması ve fasiyal paralizi gelişmesi malign transformasyonu düşündürmelidir. Kitle büyümesi fasiyal sinir anatomisini de değiştirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Fasiyal sinir anatomisi parotis bezi içinde çeşitli farklılıklar gösterip cerrah açısından kritiktir. Mümkünse sinir monitorizasyonu yapmak cerrahiye kolaylaştırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ellis GL, Auclair PL. Tumours of the salivary glands. 3rd ed. *Armed Forces Institute of Pathology: Washington*,1996
2. Batsakis Jg, Sueige N, el-Naggar AK. Fine needle aspiration of salivary glands: its utility and tissue effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992;101:185-88
3. Gataa,I.S.,&Faris, B.J.M. Patterns and surgical significance of facial nerve branching within the parotid gland in 43 cases. *Oral and Maxillofacial Surgery* 2016;202:161-165
4. Davis RA, Anson BJ, Budinger JM, Kurth LR (1956) Surgical anatomy of the facial. Nerve and parotid gland based upon a study of 350 cervicofacial halves. *Surg Gynecol & Obstet* 102:385-412
5. Barnes, LB, Eveson, JW, Reichart, P, et al. editors Pathology and Genetics of Head and Neck tumors. *Lyon: IARC Press*;2005
6. Bouquot JE, Kurland LT, Weiland LH. Primary salivary epithelial neoplasms in Rochester, Minnesota population. *J Dent Res* 1979;58:419
7. Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:834-40
8. Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumours. A re-

- view of 2410 cases with particular reference to histological types ,site, age and sex distribution. *J Pathol* 1985;146:51-58
9. Beal KP,Singh B,Kraus D,et al. Radiation induced salivary gland tumors:a report of 18 cases anda a review of the literatüre. *Cancer J* 2003;9:467-471
 10. Lam KH,Wei WI,Ho HC,et al. Whole organ sectioning of mixed parotid tumors.*Am J Surg* 1990;160:377-381
 11. Righi PD,Li YQ,Deutsch M,et al.The role of the p53 gene in the malignant transformation of pleomorphic adenomas of the parotid gland.*Anticancer Res* 1994;14:2253-2257
 12. Hickman RE, Cawson RA, Duffy SW. The prognosis of specific types of salivary gland tumors. *Cancer* 1984;54:1620-624
 13. Gnepp DR, Brandwein-Gensler MS, El-Naggar AK, et al. Carcinoma ex pleomorphic adenoma. In:Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, (eds). Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC, 2005:242-243
 14. Katoh T, Ishige T, Kasai H, et al. Malignant parotid gland tumors and facial nerve paralysis. *Arch Otorhinolaryngol* 1984;240:139-44
 15. Dulguerov P, Marchal F, Lehmann W. Postparotidectomy facial nerve paralysis: Possible etiologic factors and results with routine facial nerve monitoring. *Laryngoscope* 1999;109:754-62
 16. Witt RL. Facial nerve function after partial superficial parotidectomy: An 11-year review (1987-1997). *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121:210-13
 17. Wax M, Tarshis L. Post-parotidectomy fistula. *J Otolaryngol* 1991;20:10-3
 18. de Bree R, van der Waal I, Leemans CR. Management of Frey syndrome. *Head Neck* 2007;29:773-78
 19. Beerens AJ, Snow GB. Botulinum Toxin A in the treatment of patients with Frey syndrome.*Br J Surg* 2002;89:116-19
 20. Torretta S, Pignataro L, Capaccio P.Fat injections for the management of post-parotidectomy Frey syndrome:a technical note.*J craniomaxillofac Surg* 2012;40:173-6
 21. Ryan WR, Fee WE Jr. Great auricular nerve morbidity after nerve sacrifice during parotidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*2006;132:642-9