

HAVA YOLU OBSTRÜKSİYONU YARATAN PARAFARENGEAL PLEOMORFİK ADENOM: OLGU SUNUMU

Sedat AYDIN¹, İlter TEZER¹, Mehmet EKEN¹, Arif ŞANLI¹

Primer parafarengeal bölge tümörleri nadir olup, baş boyun neoplazmalarının %0.5'ini oluştururlar; %80 benign, %20 oranında maligndirler. Tükürük bezi tümörleri, nörojenik tümörler ve paraganliomalar sık izlenen tümörlerdir. Hastalar boyun ağrısı, disfaji, intraoral şişme ve nadir olarak da solunum sıkıntısı ile başvurabilirler. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Bu çalışmada hava yolu obstrüksiyonuna yol açan, parotisin derin lobundan kaynaklanan pleomorfik adenom olgusu literatür bilgileri gözden geçirilerek tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Pleomorfik adenom, parafarengeal bölge, hava yolu obstrüksiyonu

PARAPHARYNGEAL PLEOMORPHIC ADENOMA WHICH CAUSES AIRWAY OBSTRUCTION: CASE REPORT

Primary parapharyngeal space tumors are rare, representing only a 0.5% of head and neck neoplasms. Eighty percent of the parapharyngeal space neoplasms are benign and 20% are malignant. The most frequent tumors of this localization are those of salivary origin followed by neurogenic tumor and in third place the paragangliomas. Patients presented with neck pain, dysphagia, intraoral swelling and rarely respiratory distress. Surgical approaches must be performed for the treatment. In this paper, a case report of a pleomorphic adenoma of the deep portion of the parotid gland presenting with airway obstruction was discussed with the review of the literature.

Key words: Pleomorphic adenoma, parapharyngeal region, airway obstruction

Parafarengeal alan ayrı bir anatomik boşluk olup bu bölge tümörlerinin çoğu parotis ve minör tükürük bezinden kaynaklanır. Tüm parotis kaynaklı pleomorfik adenomların yaklaşık %10'u derin lob kaynaklı olup, bunların %1'den az bir kısmı parafarengeal alan içinde gelişerek tonsil ve yumuşak damağın mediale doğru itilmesine sebep olurlar^{1,2}.

Parafarengeal alan benign tümörleri nadiren ciddi ve potansiyel olarak ölümcül (havayolu obstrüksiyonu gibi) seyirli olabilir. Literatür tarandığında bu konuda çok olgu olmadığı, sert damaktan kaynaklanmış adenokarsinom olgusunun obstrüktif uyku apnesine yol açtığı, parafarengeal kaynaklı Schwannoma olgusunun hava yolu obstrüksiyonu yaptığı ve subglottiste lokalize pleomorfik adenom olgusunun da stridora yol açtığı görülmüştür³⁻⁷.

Bu makalede parotisin derin lobundan kaynaklanan ve hava yolu obstrüksiyonuna yol açan bir olgu sunularak literatür gözden geçirildi.

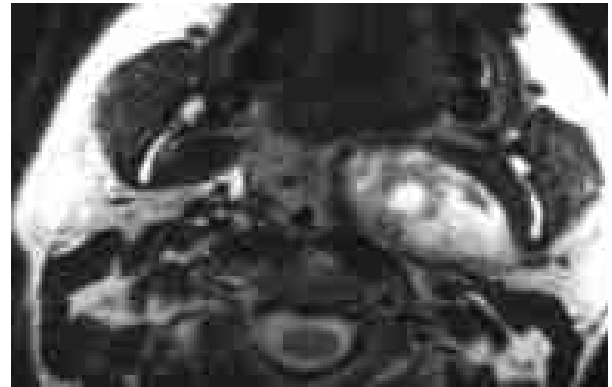
OLGU

Olgumuz 34 yaşında erkek hasta. Beş-altı aydan beri mevcut olup özellikle son 2-3 aydır belirginleşen ağız içinde şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvuran hasta son 3-4 gündür nefes darlığı olması nedeni ile yatırıldı.

Ağız içi muayenesinde sol yumuşak damak hizasından sert damak hizasına kadar uzanmış, aşağıda tonsil ön plika seviyesine kadar ilerlemiş, uvulanın sağ tarafa doğru yer değiştirmesine sebep olan, sert kıvamlı, altındaki dokuya fikse, pulsasyon vermeyen, sol tonsilla palatinayı orta hatta doğru itmiş, 3x3 cm boyutunda, etrafı düzgün sınırlı kitle saptandı. Hastada nörolojik defisit yoktu.

Kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT)'de orofarenks sol tarafta, farengeal mukozayı ve parafarengeal alanı dolduran, yaklaşık 32x28x50 mm boyutlarında, üst kesitlerde hipodens (nekrotik) alanlar içeren, heterojen opaklaşma gösteren yumuşak doku kitlesi saptandı. Kitle nedeniyle orofarenks hava kolonu ileri derecede daralmış, farenks karşı tarafa itilmiş görünümde idi.

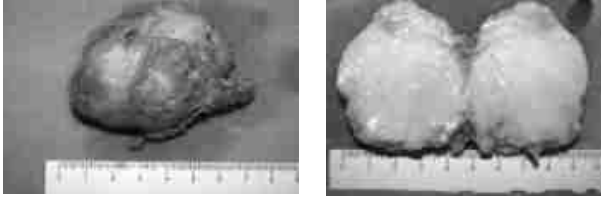
Hastanın boyun manyetik rezonans görüntülemesi (MRG)'sinde sol parotis derin lobundan geliştiği düşünülen ve sol parafarengeal bölgeye doğru uzanan, farenks hava sütununa ve bu bölgedeki yumuşak dokulara bası oluşturan, 3x5.5 cm boyutunda, kapsüllü, heterojen kitlesel lezyon şeklindeydi (Resim 1).



Resim 1. Sol parotis derin lob kaynaklı, farengeal hava sütununu daraltan kitleye ait MRG görüntüsü

İnce iğne aspirasyon biyopsisinde tükürük bezi tümörü veya kisti öngörülüyordu. Hastaya genel anestezi altında kitle ile birlikte total parotidektomi yapıldı (Resim 2).

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. KBB Kliniği
Başvuru tarihi: 14.9.2004, Kabul tarihi: 5.5.2005



Resim 2. Kapsülü intakt olarak eksize edilen kitlenin (6x4 cm) makroskopik görüntüsü

Patoloji raporunda tümör dokusu kesitinde kirli sarı ve beyaz renkli alanların izlendiği, düzgün bir kapsülle çevrili, solid, ovoid şekilli, 6x4.5x2.5 cm boyutunda olup pleomorfik adenom olarak değerlendirildi.

Postoperatif dönemde ani gelişen fasiyal parezi mevcuttu. Düşük doz steroid tedavisi başlandı. Postoperatif 20. gün sonunda hastanın fasiyal fonksiyonları tamamen normale döndü.

TARTIŞMA

Parafarengeal alan ters dönmüş bir piramit şeklinde olup, piramidin tabanı kafa tabanına tepesi de hyoid kemik büyük kornusuna karşılık gelir. Medial kısımdaki sınırını superior farengeal konstriktör adale yaparken, lateral sınırını ise mandibula oluşturur. Piramidi posterior planda prevertebral fasya sınırlar. Parotis bez derininde bulunan bu alan asendan palatin arter ve veni ihtiva eden vasküler fasya tarafından prestiloid ve retrostiloid kompartmanlara ayrılır^{1,8}. Prestiloid boşluk tükürük bezi dokusu içerirken, retrostiloid boşlukta karotis kılıfı bulunur. Parafarengeal alanın posterior, lateral ve taban kısmında kemik yapı bulunduğu; bu bölgeden gelişen bir tümör medial ve aşağı yönde ilerleyecek ve sonuçta yumuşak damağı aşağı doğru, tonsilla palatinayı da mediale doğru deplase eden kitleye yol açacaktır. Vakamızda itilme belirgin olup hava yolunu obstrükte ediyordu.

Parafarengeal alan tümörleri nadir olup tüm baş-boyun tümörlerinin %0.5'ini oluştururlar. Bunların %80'i benign, %20'si malign karakterlidir⁹. Malign tümörlerin büyük bir çoğunluğu da bu bölgedeki lenf nodlarına malign metastazlar sonucu gelişir. Tuna ve ark.¹⁰ tiroid papiller karsinom metastazı olarak parafarengeal alanda kitlesi olan 2 olgu bildirmişlerdir.

Benign tümörlerden en sık karşılaştığımız pleomorfik adenoma (%26-43) ile Schwannomadır. Parotis dışı parafarengeal tükürük bezi tümörleri ise çoğunlukla parotis bezinin embriyolojik gelişiminde prestiloid bölgede kalmış olan tükürük bezi dokularından kaynaklanırlar. Bu tür vakalardaki en sık karşılaştığımız klinik bulgular ağız içinde veya boyunda kitle, ipsilateral servikofasiyal ağrı, trismus, otalji, ses kısıklığı ve boğazda yabancı cisim hissi şeklindedir. Muayenede genellikle spesifik bir bulguya rastlanmaz.

Fakat bu bölgedeki kitlelerin bimanuel palpasyonu son derece yararlıdır. Parafarengeal tümörlerin çoğunda operasyon öncesi transoral biyopsi yapılması önerilmez. Çünkü farengeal mukozanın biyopsi alınan bölgede, tümör kapsülüne yapışması ve operasyon sırasında buradan zor ayrılması veya yırtılması söz konusudur. Ayrıca biyopsi alınan sahaya tümör ekim riski de vardır¹¹⁻¹⁶.

BT'nin gelişmesiyle parafarengeal alandaki kitleleri direkt olarak daha iyi tespit ederken, ayrıca yüksek rezolüsyonlu BT ile parotis parankiminden etrafındaki yağ dokusunu da ayırt edebiliyoruz. En önemli bulgu parotis bezi derin lobu ile parafarengeal kitle arasında yağ dokusunun gözlenip gözlenmediğidir. Tüm aksiyal BT kesitlerinde bu yağ dokusu görülüyorsa, lezyon büyük olasılıkla parotis bezi dışı kaynaklıdır. Ayrıca BT'de lezyonun kistik veya solid ayrımı da yapılabilir. Tükürük bezi tümörleri küçük boyutlu olduklarında genellikle homojen görümlü olurlar. Oysa boyutları büyük olduğunda ihtiva ettikleri kistik dejenerasyon ve hematoma alanları sayesinde heterojen görümlü olurlar. Glomus tümörlerinin tanısında dinamik BT daha yararlı olup preoperatif %80-90 oranında tanı keskinliğine sahiptir. MRG BT'den daha yüksek bir yumuşak doku çözünürlüğüne sahiptir ve bu yüzden intraparotid ve ekstraparotid tümörlerin ayırımında daha üstündür. MRG'nin de yardımıyla bu bölgeye yönelik tanı araçları ile %90-95 oranında preoperatif tanı sağlanabilmektedir¹⁴⁻¹⁹.

Parafarengeal alan tümörlerinin çoğu benign olduğundan tedavilerinde radyoterapinin yeri azdır. Primer tedavi yöntemi cerrahi olup operasyon sonu morbiditenin de minimal olması gerekir. Malignite şüphesi, tümörün boyutu ve lokalizasyonu cerrahi yaklaşımın tipini belirler. Günümüzde çeşitli yaklaşımlar tercih edilmektedir. Bunlar:

1. Transoral yaklaşım,
2. Transservikal yaklaşım,
3. Transservikal-transmandibuler yaklaşım,
4. Transparotid yaklaşım,
5. Transparotid-transserviko-submaksiller yaklaşımdır²⁰.

Transoral yaklaşım orofarenksteki tümöre direkt yaklaşımdır. Fakat bu yaklaşımda diseksiyon kör olarak uygulandığından, bölgede bulunan vital yapılara zarar verme, tümörü çıkarırken rüptüre etme ve tümörü tam olarak eksize edememe riski yüksektir. Büyük damarların kontrolü bu yaklaşımla yetersiz kalır. Küçük boyutlu lezyonlar için bu yaklaşımı tercih eden otörler bulunmakla birlikte, tümör rekürrens oranı 5 yıl sonunda %25 gibi yüksek olmaktadır^{15,21}.

Transservikal yaklaşımda hyoid hizasından transvers bir insizyon yapılır. Submandibuler bezin superiora doğru mobilizasyonunu takiben, stiloglossus kası ve stilohyoid ligament kesilerek parafarengeal boşluğa girilir. Mandibula öne doğru ekarte edilerek diseksiyon sahasının genişletilmesine çalışılır. Bu yaklaşımda inferiorda boyunun



büyük damarları ve sinirleri görüş alanında olmasına rağmen, özellikle kafa tabanına yakın bölgede diseksiyon kör olarak ve genellikle parmakla yapılır. Tümörün kafa tabanından mobilizasyonu zor olabilir. Ancak Malone ve ark.²² parafarengeal alan tümörü olan 34 vakalılık çalışmalarında, submandibuler glandı eksize ederek transservikal yaklaşımın daha güvenli ve etkin bir yaklaşım olduğunu bildirmişlerdir^{1,23}. Aygenç ve ark.²⁴ parafarengeal yerleşimli rabdomyom olgusunu submandibuler bezin eksize edilmesiyle birlikte transservikal yaklaşımla çıkardıklarını bildirmişlerdir.

Transservikal-transmandibuler yaklaşım geçici trakeotomi, mandibulotomi gerektirmesi ve büyük bir skara neden olması gibi dezavantajlarına karşın; geniş bir görüş alanı ve boyundaki büyük damarlara hem servikal bölgede, hem de kafa tabanında hakimiyet sağlaması gibi avantajlara sahiptir. Bu nedenle parafarengeal bölgenin, özellikle kafa tabanı yerleşimli, büyük tümörlerinin çıkarılmasında tercih edilebilecek yaklaşımdır^{1,16,20,25-27}. Yıldırım ve ark.²⁷ baş-boyun yerleşimli 40 pleomorfik adenom serisinde, yalnızca bir vakada parafarengeal bölgeye lokalize olguları olduğunu ve bunun da transservikal-transmandibuler yaklaşımla eksize edildiğini bildirmişlerdir.

Transparotid yaklaşımda süperfisyal parotidektomiye takiben fasiyal sinir serbestleştirilir ve derin lob parotidektomisi uygulanır. Tümörün parafarengeal bölgeye uzanan kısmı da bundan sonra eksize edilir. Parotis derin lobundan kaynaklanan ve "dumbell tumor" olarak da adlandırılan tümörlerin cerrahi eksizyonunda tercih edilebilecek bir yöntemdir. Bu girişimde fasiyal sinirde manipulasyona bağlı fasiyal paralizi veya parezi ortaya çıkması beklenebilir^{1,28}.

Diğer bir yaklaşım Myers ve ark.'nın tanımladığı ve bizim vakamızda uygulanan transparotid-transservikotransservikotransmandibuler yaklaşımıdır⁸. Submandibuler gland eksizyonu ve mandibula osteotomisi yapılmadan, fasiyal sinir tanınarak, önce yüzeysel daha sonra derin lob parotidektomi ile birlikte tümör dokusu total olarak eksize edildi. Bu bölgeye lokalize bu tür geniş boyutlu tümörlerde mandibula osteotomisi veya temporomandibuler eklemden mandibula luksasyonu yapılmadan tümörün eksizyonu çok güçtür. Myers ve ark.⁸ çok büyük tümörlerde bile bu teknik sayesinde mandibulotomiye gerek duymadıklarını bildirmişlerdir. Özellikle bu tekniğin minör tükürük bezi veya parotis derin lobu kaynaklı pleomorfik adenom vakaları için uygun olduğunu belirtmişlerdir. Ancak tekniğin tek dezavantajı parotis derin lobundan fasiyal sinirin diseksiyonu sonucu gelişen postoperatif fasiyal parezidir. Bizim vakamızda da postoperatif dönemde gelişen fasiyal parezi mevcuttu. Fakat bu parezi postoperatif 20 gün sonunda tamamen düzeldi.

Sonuç olarak; parafarengeal alan tümörlerinin bazen lokalizasyonları itibarı ile solunum yolunu obstrükte etme ihtimalleri olmasından dolayı dikkatli olunmalı, bu şekilde gelen hastalara minimal cerrahi morbidite yaratacak uygun cerrahi girişim uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Som PM, Biller HF, Lawson W. Tumors of the parapharyngeal space: Preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981; 90(Suppl 8): 1-15.
2. Morita N, Miyata K, Sakamoto T, et al. Pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space: Report of three cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 605.
3. Veitch D, Rogers M, Blanshard J. Parapharyngeal mass presenting with sleep apnea. *J Laryngol Otol* 1989; 103: 961-3.
4. Dilkes MG, Morrison WP, Orr MB. Rare presentation of a parapharyngeal Schwannoma. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 384-5.
5. Rodgers BM, Moazam F, Talbert JL. Successful cryotherapy of a benign tracheal neoplasm. *J Ped Surg* 1988; 23: 771-4.
6. Rodriguez-Ciurana J, Rodado C, Saez M, et al. Giant parotid pleomorphic adenoma involving the parapharyngeal space: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58(10): 1184-7.
7. Moraitis D, Papakostas K, Karkanevatos A, et al. Pleomorphic adenoma causing acute airway obstruction. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 634-6.
8. Johnson JT. Prestyloid parapharyngeal space. In: Myers EN (Ed). *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Philadelphia, WB Saunders Comp, 1997: 519-27.
9. Önal K, Oğuz MZ, Öncel S ve ark. Parafarengeal bölge malign Schwannoma. *Türk ORL Arşivi* 1995; 33: 139-41.
10. Tuna EÜ, Acıkan OK, Koç C ve ark. Parafarengeal kitle ile bulgu veren okült papiller tiroid karsinomu. *Türk Otorinolarenoloji XXVI. Ulusal Kongresi Özet Kitabı* 2001: 105.
11. Batsakis JG, Neige N. Parapharyngeal and retropharyngeal space disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98: 320-3.
12. Myatt HM, Remedios D. A transpalatal approach to the parapharyngeal space. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 159-62.
13. Work WP, Hybels RL. A study of tumors of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1976; 84: 1748-58.
14. Som PM, Curtin HD. Lesions of the parapharyngeal space. Pole of MR imaging. *Otolaryngol Clin North Am* 1995; 28: 515-42.
15. Carrau RL, Myers EN, Johnson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1990; 100: 583-9.
16. Olsen KD. Tumors and the surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994; 104(5 Pt 2, Suppl 63): 1-28.
17. Shoss SM, Donovan DT, Alford RB. Tumors of parapharyngeal space. *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 753-7.
18. Tom BM, Rao VM, Guglielmo F. Imaging of the parapharyngeal space: Anatomy and pathology. *Crit Rev Diagn Imaging* 1991; 31: 315-56.
19. Mafee MF. Dynamic CT and its application to otolaryngology-head and neck surgery. *J Otolaryngol* 1982; 11: 307-18.
20. Krespi YP, Sisson GA. Transmandibular exposure of the skull base. *Am J Surg*, 1984; 148: 534-8.
21. Goodwin WJ, Chandler JR. Transoral excision of lateral parapharyngeal space tumors presenting intraorally. *Laryngoscope* 1988; 98: 266-9.
22. Malone JP, Agrawal A, Schuller DE. Safety and efficacy of transcervical resection of parapharyngeal space neoplasms. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110(12): 1093-8.
23. Özdemir İ, Öztürkcan S, Tatar B ve ark. Parafarengeal paraganglioma. *Türk Otorinolarenoloji XXVI. Ulusal Kongresi Özet Kitabı* 2001: 93.
24. Aygenç E, Fidan F, Albayrak L ve ark. Parafarengeal rabdomyom. *KBB Klinikleri* 2001; 3(2): 111-3.
25. Saydam L, Taşel M, Çetin O. Transservikal-transmandibuler yaklaşım kafa kaidesi eksplorasyonu. *Türk ORL Arşivi* 1991; 29: 81-3.
26. Özcan M, Tuncel Ü, Ünal A ve ark. Parafarengeal kitlelere transservikal-transmandibuler yaklaşım: Dört olgunun sunumu. *KBB Forum* 2002; 1(2): 48-53.
27. Yıldırım G, Kuzdere M, Karaaslan B ve ark. Baş-boyunda pleomorfik adenom. *KBB İhtisas Dergisi* 1997; 4(2): 93-7.
28. Allison RS, Van Der Waal I, Snow GB. Parapharyngeal tumors: A review of 23 cases. *Clin Otolaryngol* 1989; 14: 199-203.