

PAROTİS BEZİ KAYNAKLI MİYOEPİTELYOMA: OLGU SUNUMU*

Ümit HARDAL, Mehmet EKEN, Ziya BOZKURT, Cenk EVREN, Resul ÖZTÜRK

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği

Miyoeptilyoma tüm tükürük bezi tümörlerinin %1'inden azını oluşturan nadir bir patolojidir. En sık parotis bezinde karşımıza çıkan bu tümörün tanısında histopatolojik çeşitliliğinden dolayı bazen güçlükler yaşanmaktadır. Bu olgu sunumunda, sağ parotise uyan bölgede şişlik nedeni ile 1984, 1987 ve 1992 yıllarında üç defa ameliyat olan bir kadın hasta tartışıldı. Kitlenin son ameliyatı ardından tekrar büyüme eğilimi göstererek 14x12 cm ölçülerine ulaşması nedeniyle hastaya total parotidektomi uygulandı. Patoloji sonucu miyoeptilyoma olan hasta, klinik ve patolojik özellikleri ile birlikte sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Baş-boyun kanserleri/patoloji; miyoeptilyoma/patoloji; parotis; tükürük bezi tümörleri.

MYOEPITHELIOMA OF THE PAROTID GLAND: CASE REPORT

Myoepithelioma is a rare pathology that accounts for less than 1% of all salivary gland tumors. It is mostly seen in parotid glands. The diagnosis of the parotid gland tumors is mostly difficult because of their histopathological variability. In this case report, a female patient who had a swelling at her right parotid gland and who was operated three times in 1984, 1987 and 1992 was discussed. Since the lesion reached the sizes of 14x12 cm with a tendency to grow after the last operation, total parotidectomy was performed. Pathological diagnosis confirmed myoepithelioma. This case was presented with clinical and pathological properties.

Key Words: Head and neck neoplasms/pathology; myoepithelioma/pathology; parotid gland; salivary gland tumors.

Miyoeptilyoma çoğunlukla miyoeptilyal hücrelerden gelişen ve tüm tükürük bezi tümörlerinin %1'den azını oluşturan, 14-81 yaş aralığında kadın erkek tutulumu eşit olan nadir bir tümördür.^[1,2] Tümör çoğunlukla parotis bezinde olmak üzere submandibular ve minör tükürük bezlerinde, oral mukoza ve damakta da görülmektedir.^[2] Bazı yayınlarda miyoeptilyal hücrelerin pleomorfik adenom, adenoid kistik karsinom, salivar duktus karsinomu gibi tükürük bezi tümörlerinin gelişiminde rol aldığı belirtilmiştir.^[1,2]

Miyoeptilyomalar genelde asemptomatik olup, yavaş büyüme eğilimi gösterirler. Çoğunlukla çevresin-

de ince bir fibröz kapsül bulunur. Kapsülün bulunması her zaman gözlenmeyebilir.^[3,4] Bu tümörler pleomorfik adenomlarla benzer sitopatolojik ve biyolojik özelliklere sahiptir.^[5] Miyoeptilyoma ve pleomorfik adenomun miyoeptilyal hücrelerden geliştiğine inanılmakta olup bu ikisinin ayrımında kullanılan parametre duktal diferansiasyonun derecesidir.^[6]

Bu yazıda sağ parotiste kitle nedeni ile 1984, 1987, 1992 yıllarında ameliyat öyküsü olan, 2004 yılında kliniğimizde tekrar ameliyata alınan olgu, klinik ve patolojik özellikleriyle beraber literatür bilgileri de gözden geçirilerek sunuldu.

*28. Türk Ulusal Otorinolarenjoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (21-26 Mayıs 2005, Antalya).

Başvuru tarihi: 11.7.2005 **Kabul tarihi:** 11.11.2005

İletişim: Dr. Ümit Hardal, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1531 **e-posta:** umithardal@myynet.com

OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşındaki kadın hasta 2004 yılında yüzünün sağ tarafında kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde yukarıda tragus, aşağıda hyoid seviyesine, önde sağ ağız komissürü ve arkada sternokleidomastoid kas arka sınırına kadar uzanan 14x12 cm boyutlarında, lobule, semisolid, hareketli kitle belirlendi (Şekil Ia, b). Hasta daha önce 1984, 1987, 1992 yıllarında üç defa ameliyat edilmişti. Son ameliyatından bir yıl sonra kitlenin tekrar büyüdüğü izlenmişti.

Hastanın nörolojik değerlendirmesinde sağ gözünü eforla kapatabildiği, kaşını kaldıramadığı ve sağ ağız komisüründe asimetri olduğu izlendi. House-Brackman evrelemesine göre III. evre olarak değerlendirildi. 1992 yılındaki ameliyattan sonra hastada House-Brackman evre III fasyal paralizi gelişmişti. On iki yıllık sürede hastanın fasyal paralizisinde değişiklik olmamıştı. Yapılan boyun ultrasonografik incelemesinde (USG) sağ parotis bölgesinde 71x26 mm boyutlarında ve üzerinde yaklaşık 15 mm'lik heterojen yapıların mevcut olduğu kitle izlendi. Boyunda lenfadenomegali yoktu. Daha önceki patolojik tanıları; 1984 yılındaki pleomorfik adenom, 1987 yılındaki asinik hücreli karsinom, 1992 yılındaki patolojik tanısı pleomorfik adenom olarak rapor edilen hastanın yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) atipik hücre izlenmedi.

Hastaya 2004 yılında kliniğimizde genel anestezi altında total parotidektomi yapıldı (Şekil II). Ameliyat sonrası patolojik tanı miyoeptilyoma olarak geldi. On aylık takip süresinde mevcut nüks lehine bulgu izlenmedi.

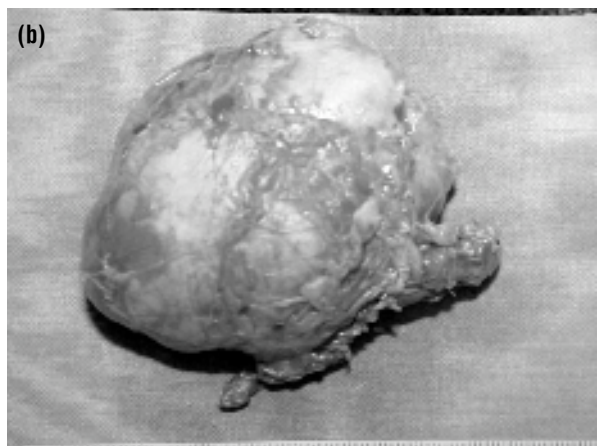
TARTIŞMA

Miyoeptilyomanın literatürde bildirilen yaş aralığı 14-81 yaş olup ortalama görülme yaşı 55'tir. Hastamız ilk ameliyat olduğu zaman 49 yaşında, yapılan son ameliyatta ise 70 yaşındaydı. Miyoeptilyomanın kadın erkek tutulumu eşittir.^[1,2] Çoğunlukla parotis bezinde olmak üzere submandibular bez, oral mukozaya ve damaktaki minör tükrük bezlerinde görülür bununla birlikte larenks, lakrimal gland ve sinüslerde de olabildiği bildirilmiştir.^[2]

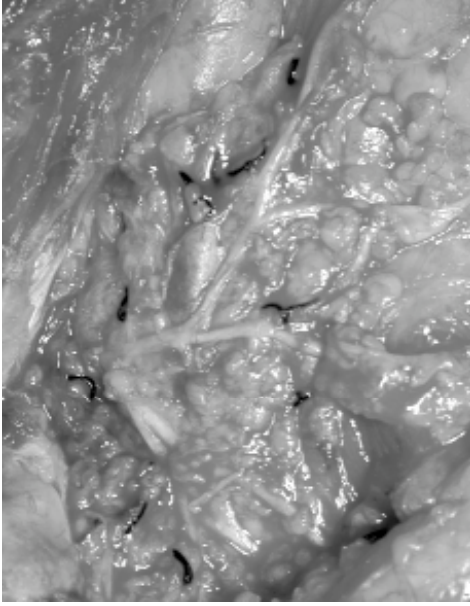
Barnes ve ark.^[3] baş-boyunda 1985 yılına kadar İngilizce literatürde 39'u benign, 3'ü malign toplam 42 miyoeptilyoma olgusu bildirmiştir. Bu olguların dağılımı, parotiste %50, damakta %26, submandibular bezde %12, dudakta %5, yanakta %3, gingivada %2 ve retromolar alanda %2'dir.

Miyoeptilyomalar genellikle 1-5 cm boyutunda, beyaz, sarımtırak veya gri renkli iyi sınırlı kitleler olarak izlenirler.^[7] Miyoeptilyomalar yıllar içerisinde yavaşça büyüyen asemptomatik kitlelerdir ve fasyal paralizi görülmez.^[3] Bizim olgumuzda da son 12 yıldır kitlesi gittikçe büyüyen hastanın bu kitleye bağlı olduğu düşünülen fasyal paralizi yoktu.

Daha önceki yıllarda tümörün mikst tümörlerin bir varyantı olduğu düşünülürken son yıllarda tükrük bezlerinin çoğunlukla miyoeptilyal hücrelerinde miksoid stromanın duktular yapılarındaki küçük odaklardan kaynaklandığı kabul edilir. Bazı yazarlar ise bu tümörün pleomorfik adenom ile aynı biyolojik davranışı sergilediğini vurgulamışlardır. Mc Cluggage ve ark.^[4] miyoeptilyomanın histolojik olarak epitelyal ve miyoeptilyal elemanlar ile ple-



Şekil I. (a) Hastanın ameliyat öncesi görünümü. (b) Kitlenin makroskopik görünümü.



Şekil II. Fasyal sinir dallarının ameliyat sırasındaki görünümü.

omorfik adenoma benzerliğini vurgulamışlar, pleomorfik adenomun varyantı olduğunu belirtmişlerdir.^[6,7] Di Palma ve ark.^[8] pleomorfik adenomdan gelişen beş malign miyoepitelyoma olgusu bildirmişler ve pleomorfik adenomdan malign miyoepitelyoma gelişimini 6-43 yıl olarak belirtmişlerdir.

Miyoepitelyoma tanısı histopatolojik olarak konur. İİAB pleomorfik adenomla karışır.^[9] Olgumuzda İİAB'de spesifik bir tanı mevcut değildi. Tanı için birçok immünohistokimyasal inceleme yöntemi kullanılsa da hiçbiri güvenilir ve spesifik değildir.^[1,3,10] Sitokeratin ve S-100 proteini primer antikoları ile yüksek oranda pozitif reaksiyon verirken vimentin, aktin ve miyozin ile değişik derecelerde reaksiyon verirler.^[7,8] Desmin ile reaksiyon görülmez.^[4] Olgumuzda yapılan immünohistokimyasal inceleme yöntemi sonucu, tanısı tükürük bezi kaynaklı benign miyoepitelyoma olarak rapor edildi. Miyoepitelyal tümörlerde malign ve benign ayırımını yapmak histolojik olarak zordur. Patolojik inceleme, immünohistokimyasal inceleme, elektron mikroskopik incelemeler malign benign ayırımında yetersiz kalmaktadır.^[6] Malignite kriterleri arasında sitolojik anomalilerin varlığı, anormal mitotik aktivite ve infiltratif büyüme özelliği sayılabilir.^[5]

Miyoepitelyomanın tedavisi cerrahi eksizyondur. Miyoepitelyomada nüks oranlarının, pleomorfik adenoma göre biraz daha az olduğu bildirilmekte ve total eksizyon gerekliliği savunulmaktadır.^[3]

Olgumuzun da geçen süre içerisinde patolojik olarak iki defa pleomorfik adenom bir defa da asinik hücreli tümör tanısı alması bu tümörün ayırıcı tanısındaki zorluğu göstermekte ve immünohistokimyasal incelemenin bu tümörün tanısında olan yerini vurgulamaktadır.

Sonuç olarak; miyoepitelyomalar, parotis bezinde görülen diğer tümörlere göre daha az sıklıktadır. Bunun nedenleri arasında, klinik özelliklerinin spesifik olmaması ve patolojik olarak yanılığın neden olan yapısı rol oynuyor olabilir. Biz bu yazıda özellikle sık nüks eden olgularda miyoepitelyomanın akılda tutulması gereken bir patoloji olduğunu anımsatmak istedik.

KAYNAKLAR

1. Lauro S, Trasatti L, Larosa G, Calabretta F, Di Gioia CR, Vecchione A. Myoepithelial carcinoma of parotid gland: a case report. *Anticancer Res* 2003;23(3C):3041-4.
2. Kumar PV, Sobhani SA, Monabati A, Hashemi SB, Eghtadari F, Hamidi SA. Myoepithelioma of the salivary glands. Fine needle aspiration biopsy findings. *Acta Cytol* 2004;48(3):302-8.
3. Barnes L, Appel BN, Perez H, El-Attar AM. Myoepithelioma of the head and neck: case report and review. *J Surg Oncol* 1985;28(1):21-8.
4. McCluggage WG, Primrose WJ, Toner PG. Myoepithelial carcinoma (malignant myoepithelioma) of the parotid gland arising in a pleomorphic adenoma. *J Clin Pathol* 1998;51(7):552-6.
5. Morinaga S, Nakajima T, Shimosato Y. Normal and neoplastic myoepithelial cells in salivary glands: an immunohistochemical study. *Hum Pathol* 1987;18(12):1218-26.
6. Sciubba JJ, Brannon RB. Myoepithelioma of salivary glands: report of 23 cases. *Cancer* 1982;49(3):562-72.
7. Dardick I, Ostrowski VL, Ekem JK, Leung R, Burford-Mason AP. Immunohistochemical and ultrastructural correlates of muscle-actin expression in pleomorphic adenomas and myoepitheliomas based on comparison of formalin and methanol fixation. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1992;421(2):95-104.
8. Di Palma S, Guzzo M. Malignant myoepithelioma of salivary glands: clinicopathological features of ten cases. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1993;423(5):389-96.
9. Dardick I, Cavell S, Boivin M, Hoppe D, Parks WR, Stinson J, et al. Salivary gland myoepithelioma variants. Histological, ultrastructural, and immunocytological features. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1989;416(1):25-42.
10. Ada M, Korkut N, Bora F, Kaytaç A, Devranoglu İ, Aydın H. Myoepithelioma of nasal cavity. A case report. 15. World Congress of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. Istanbul, 20-25 June 1993.