

Dil kökünde adenoid kistik karsinom

Çağatay Han ÜLKÜ*, Yavuz UYAR*, Salim GÜNGÖR**

* Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı,
** Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Tükrük bezi tümörleri nadirdir ve çoğunlukla parotis bezinde gelişirler. Minör tükrük bezi tümörleri, majör tükrük bezi tümörlerinden yaklaşık 10 kez daha az görülürler. Buna karşın, malignite insidansları daha yüksektir. Malign minör tükrük bezi tümörleri en sık sert damakta gelişir. Bunu dil kökü lokalizasyonu izler. Histopatolojik olarak çoğunluğunu adenoid kistik karsinom ve mucoepidermoid karsinom oluşturur. Bu çalışmada, dil kökünde adenoid kistik karsinom tanısı alan 53 yaşındaki bir bayan hasta, nadir bir olgu olması nedeniyle sunulmuştur. Literatür gözden geçirilerek tümörün karakteristikleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adenoid kistik karsinom, minör tükrük bezi, dil kökü.

SUMMARY

Adenoid cystic carcinoma of the base of the tongue

Salivary gland tumours are rare, and majority occur in the parotid gland. Minör salivary gland tumors are approximately 10 times less frequent than the majör salivary gland tumors. However they have a higher incidence of malignancy. The most common site of malignant minör salivary gland tumors is the hard palate. The base of tongue is the second common site. The majority of these tumours are adenoid cystic carcinoma and mucoepidermoid carcinoma. We present here a 53-year-old female with adenoid cystic carcinoma of the base of the tongue as a rare case. The literature was reviewed and characteristics of this tümör are discussed.

Key Words: Adenoid cystic carcinoma, minör salivary gland, base of tongue.

Dil kökü malign tükrük bezi tümörleri nadirdir ve genellikle ileri evrelerde tanı aldıkları için prognozları kötüdür(1).

Minör tükrük bezlerinden kaynaklanan malign tümörler arasında, adenoid kistik karsinom (AKK), en sık görülen histopatolojik tiptir(2). Majör tükrük bezlerine oranla, minör tükrük bezlerinde daha sık gelişir. Yavaş büyüme, sinir invazyonu, lokal nüks ve uzak metastaz bu tümörün özellikleri arasındadır(3,4).

Diğer tükrük bezi tümörleri gibi, AKK'un dilde asemptomatik bir kitle şeklinde gelişim göstermesi, erken tanıyı zorlaştırmaktadır. Fakat tümörün sınırları etkileme eğilimi nedeniyle, bazı olgularda uyuşukluk ve ağrı semptomları gelişebilmektedir(3).

Orofarenks ve diğer ağız içi lokalizasyonlarına göre, dilde gelişen minör tükrük bezi tümörleri, genellikle daha kötü bir prognoza sahiptir. Tümörün biyolojik davranışındaki farklılıklar, bu bölgeye ulaşım zorluğu ve submukozal yayılım bunda etkili faktörlerdir(1,5).

Geniş cerrahi sınırla birlikte yapılan tam rezeksiyon, uzun dönem sürvi için birçok otör tarafından önerilen tedavi şeklidir(6).

Özellikle akciğere olan uzak metastaz, primer tümörün tanınmasından yıllar sonra gelişebilir ve bölgesel lenf nodu tutulumundan daha sık görülür. Bu nedenle uzun süreli hasta takibi gereklidir(3).

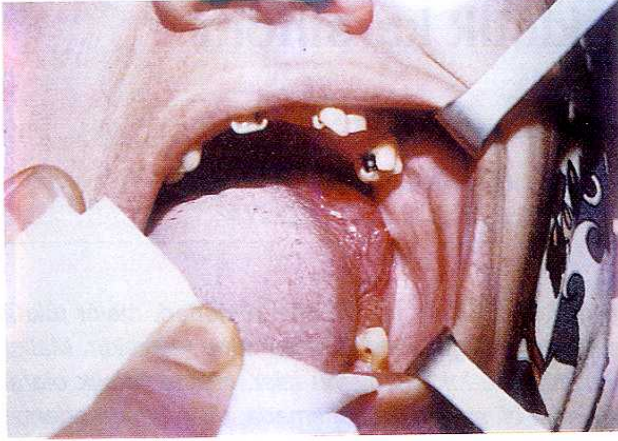
OLGU

53 yaşında bayan hasta, Şubat 2000'de kliniğimize dil kökünde ağrısız kitle yakınması ile müracaat etti (Şekil 1). Hasta 10 aydır bu kitlenin mevcut olduğunu, ancak son 3 ayda belirgin bir hacim artışı geliştiğini, konuşma ve yutkunma fonksiyonlarında hafif bir etkilenme olduğunu ifade etti. Fizik muayenede, dilin sol posterolateralinde 3x3x4 cm boyutlarında, ülsere olmayan, solid, immobil bir kitle saptandı. Boyun muayenesinde ipsi-kontrateral lenfadenopati belirlenmedi.

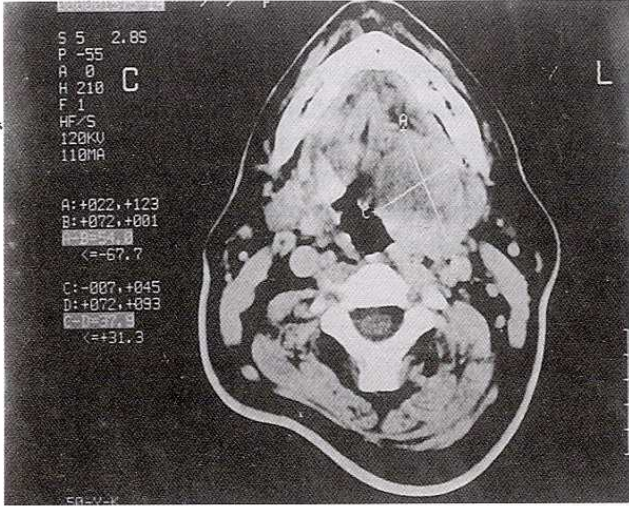
Tam kan sayımı, sedimentasyon değerleri normal sınırlarda bulundu. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde, orofarenks hava kolonunu daraltan, dilin sol posterior yanında lokalize iyi sınırlı, submukozal yerleşimli 3x4 cm boyutlarında solid bir kitle belirlendi (Şekil 2). Magnetik rezonans görüntüleme de aynı lokalizasyonda 3x3 cm boyutlarında solid kitle rapor edildi (Şekil 3).

Haberleşme Adresi: Dr. Çağatay Han ÜLKÜ, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, KONYA

Geliş Tarihi : 02.12.2003 Yayına Kabul Tarihi : 17.12.2003



Şekil 1. Preoperatif, hastanın dil kökünde lokalize tümörün görünümü



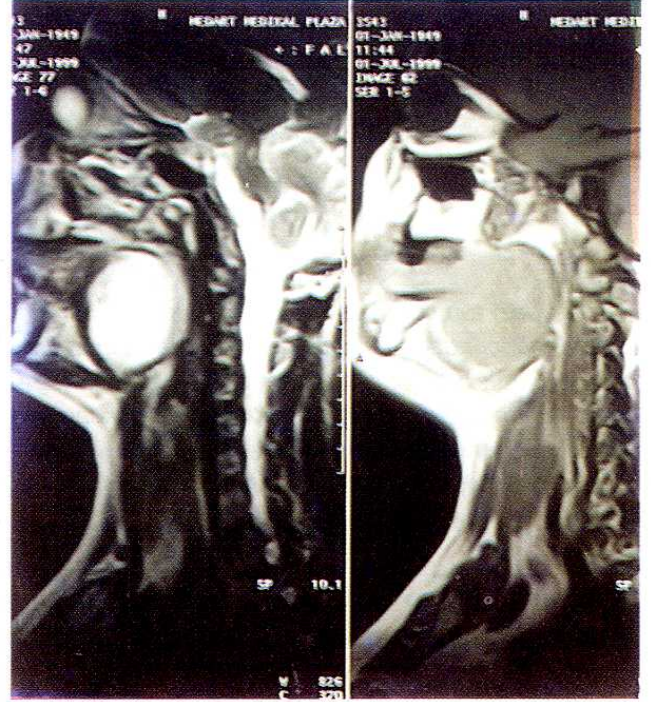
Şekil 2. Aksiyal plan bilgisayarlı tomografi kesitinde, dilin sol posterior bölümünde lokalize, düzgün sınırlı, submukozal yerleşimli 3x4 cm boyutlarında nodüler kitle izlenmektedir.

Kitleden yapılan insizyonel biyopsi sonucu, kribriform tipte adenoid kistik karsinom olarak bildirildi (Şekil 4).

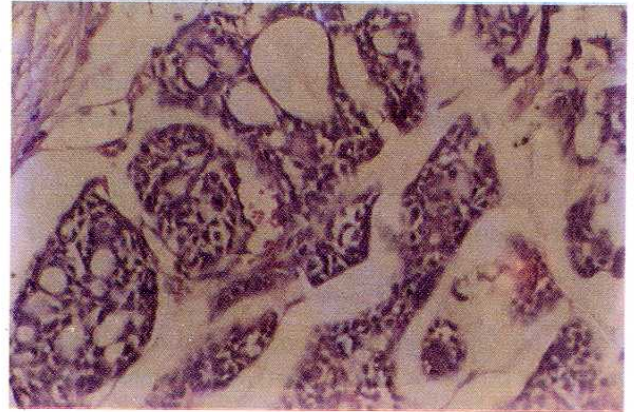
Hasta Mart 2000'de operasyona alındı. Transservikal-paramedian transmandibular yaklaşımla müdahale edildi (Şekil 5). Kitle, sol tonsili de içine alacak şekilde, geniş cerrahi sınırlarla birlikte total olarak çıkarıldı ve sol supraomohyoid boyun disseksiyonu uygulandı. Oluşan defekt primer olarak kapatıldı. Havayolu güvenliği trakeotomi açılarak sağlandı.

Operasyon materyallerinin histopatolojik incelemesinde, boyunda ve cerrahi sınırlarda tümör hücrelerine rastlanmadığı, perinöral invazyon tesbit edilmediği rapor edildi.

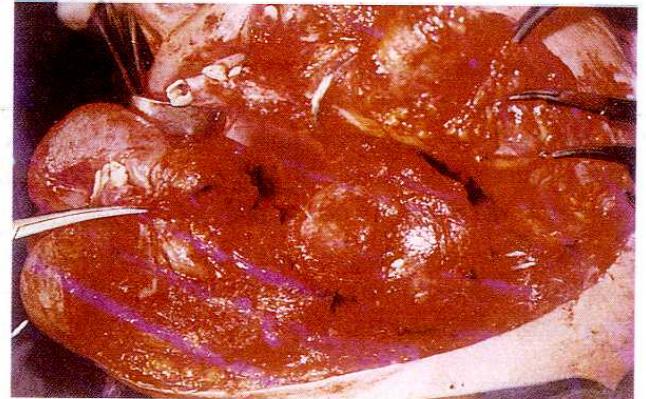
Hasta Şubat 2003'te yapılan son kontrolünde, sağlıklı idi ve nükse ait bir bulgu saptanmadı.



Şekil 3. Sagittal plan magnetik rezonans görüntüleme kesitinde, dil kökünde lokalize 3x3 cm boyutlarında kitle izlenmektedir.



Şekil 4. Tipik kribriform patern gösteren adenoid kistik karsinom histopatolojisi (Hematoksilen-Eosin x 200)



Şekil 5. Peroperatuvar, paramedian mandibulotomi sonrası görünüm.

TARTIŞMA

Minör tükrük bezleri, bukkal, labial mukoza, ağız tabanı, yumuşak-sert damak, dil, farenks ve larenks olmak üzere, üst aerodigestif yol boyunca dağılmışlardır. Çoğunluğu sert ve yumuşak damakta lokalize olmak üzere, oral kavite ve orofarekste 450-750 adet minör tükrük bezi mevcuttur(7).

Minör tükrük bezi tümörleri, majör tükrük bezi tümörlerinden yaklaşık 10 kez daha nadir görülürler. Buna karşın, malignite insidansları daha yüksektir. Minör tükrük bezi tümörlerinin yaklaşık %50'si maligndir. En sık sert damakta, ardından dil kökünde gelişirler. Bu, minör tükrük bezlerinin oral kavite ve farenkste dağılımı miktarı ile uyumludur. Dil kökünde lokalize tükrük bezi tümörlerin %96'sı malign özelliكتedir(8'9). Çoğunluğunu adenoid kistik karsinom ve mucoepidermoid karsinom oluşturmaktadır(1'10).

Dil kökünde AKK semptomları arasında, ağızda ağrısız şişlik, yutma güçlüğü, otalji, boyunda kitle ve odinofaji sayılabilir(8,10). Namazie ve arkadaşları, serilerinde olguların %50'sinde disfaji, %21'inde otalji, %14'ünde odinofaji belirlemişlerdir(11).

Dil kökünde lokalize tümörler ancak büyük bir hacme ulaştıklarında semptomatik hale gelirler(6,12). Diğer yandan, hastaların çoğunluğu, bir sağlık merkezine müracaat etmeden en az 6 ay semptomatik bir dönem olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle olgular geç evrelerde tanı alır. Tanı anında ortalama tümör boyutu 3.5 cm olarak belirlenmiştir(11).

Goepfert ve arkadaşları, dil kökünde AKK olgularının %75'inin, tanı konulduktan zaman T3 ya da T4 evresinde olduklarını rapor etmişlerdir(12). Benzer sonuçlar, Namazie ve arkadaşları tarafından da rapor edilmiştir. İlk değerlendirmede olguların %71'i T3 ya da T4 evresinde olarak bildirilmiştir(11).

Histolojik olarak AKK, solid, kribriform ve tubular olarak sınıflandırılmıştır(13). Solid tip en kötü prognoza sahiptir ve erken metastaz özelliği taşır. Diğer iki alt grup ise genellikle yavaş büyüme özelliğindedir(14).

Buna karşın bazı otörler, histolojik özellikten çok, tümör evresinin daha güvenilir prognostik bir gösterge olduğunu bildirmektedir(15).

AKK tedavisinde cerrahi rezeksiyon primer tedavi modalitesidir. Ancak dil kökünde lokalize bu tümöre yapılacak agresif bir cerrahi, konuşma ve yutkunma fonksiyonu üzerine sıklıkla ciddi olumsuz etkiler yapacaktır(11). Bu nedenle literatürde geniş rezeksiyonların uygun olmadığı bildirilmektedir(16).

Klinik olarak boyun metastazı belirlenir ise, boyun disseksiyonu gereklidir(1). Literatürde, dilden kaynaklanan AKK'un metastatik potansiyeli %23-44 olarak rapor edilmiştir(U1).

Birçok otör, AKK'un radyosensitiv, ancak radyokürabl olmadığı konusunda hemfikirdir(6). Postoperatif radyoterapi, lokal nüks riskini azaltmak için, ileri evre olgularda, perinöral invazyon belirlenen ya da cerrahi sınırın yakın olduğu olgularda önerilmektedir(11).

Rekürren ya da inoperabl ileri AKK olgularında nötron radyasyon tedavisinin yeri vardır(17). Griffin ve arkadaşları, nötron radyasyon tedavisi uygulanan 17 olguda 5 yıllık %88 lokal kontrol ve %60 survi oranı rapor etmişlerdir(18).

Cerrahi sınırlarda tümör varlığı lokal nüks gelişimini önemli derecede etkilemektedir. Ayrıca perinöral invazyon ile lokal nüks ve uzak metastaz gelişimi arasında önemli bir korelasyon mevcuttur. Histopatolojik olarak ise, solid paternli olgular, tubuler paternli olgulara göre daha yüksek bir uzak metastaz ve ölüm insidansına sahiptir(11).

Ölüm çoğunlukla uzak metastaza bağlıdır. Namazie ve arkadaşları, uzak metastaz oranını %54 olarak rapor etmiştir. Bununla birlikte, uzun dönem survi nadir değildir(11).

Minör tükrük bezi kaynaklı AKK olgularının analizinde, Sur ve arkadaşları, 5 ve 10 yıllık survi oranlarını %38 ve %29 olarak rapor etmişlerdir(19).

KAYNAKLAR

1. Kessler D, Mickel R, Calcaterra TC. Malignant salivary gland tumors of the base of the tongue. Arch Otolaryngol 1985;111:664-6.
2. Batsakis JG. Tumors of the majör salivary glands. in: Batsakis JG, ed. Tumors of the head and neck: clinical and pathological considerations. Baltimore, Md: Williams and Wilkins, 1979;38-51.
3. Calcaterra TC. Tumors of the salivary glands. in: Haskell CH, ed. Cancer Treatment, ed. 2. Philadelphia:WB Saunders; 1985;494-500.
4. Lopes MA, Kowalski LP, Santos GC, Almeida ÖP. A clinicopathologic study of 196 intraoral minör salivary gland tumours. J Oral Pathol Med 1999;28:264-7.
5. Roper PR, Wolf PF, Luna MA, Goepfert H. Malignant salivary gland tumors of the base of the tongue. South Med J 1987;80: 605-8.
6. Clark SK, Yarrington CT. Lingual malignant disease of minör salivary gland origin. Am J Otolaryngol 1980;1:181-5.

7. Orban B. Oral Histology and Embriology, ed 3. St.Louis, CV Mosby Co, 1953.
8. Goldblatt LJ, Ellis GL. Salivary gland tumors of the tongue. Cancer 1987; 60:74-81.
9. Ruby SG, Kish JK. Oncocystic adenocarcinoma of minör salivary gland: an unusal glossal presentation of a minör salivary gland tümör. Pathol Res Pract 1996;192:856-64.
10. Spiro RH, Huvos AĞ, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma of salivary origin. A clinicopathologic study of 242 cases. Am J Surg 1974; 128:512-20.
11. Namazie A, Alavi S, Abemayor E, Calcaterra TC, Blackwell K. Adenoid cystic carcinoma of the base of the tongue. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001;10:248-53.
12. Goepfert H, Giraldo AA, Byers R, Luna M. Salivary gland tumors of the base of the tongue. Arch Otolaryngol 1976;102:391-5.
13. Szanto P A, Luna MA, Tortoledo ME, White RA. Histologic grading of adenoic cystic carcinoma of the salivary glands. Cancer 1984;54:1062-9.
14. Horiuchi J, Shibuya H, Suzuki S, Takeda M, Takagi M. The role of radlotherapy in management of adenoid cystic carcinoma of the head and neck. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1987;13:1135-41.
15. Spiro RH, Huvos AĞ, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma: factors influencing survival. Am J Surg 1979;138:579-83.
16. Casler JD, Conley JJ. Surgical management of adenoid cystic carcinoma in the parotid gland. Otolaryngol Head Neck Surg 1992;106:332-8.
17. Douglas JG, Laramore GE, Austin-Seymour, et al. Neutron radiotherapy for adenoid cystic carcinoma of minör salivary glands. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996;36:87-93.
18. Griffin BR, Laramore GE, Russel KJ, Griffin TW, Eenmaa J. Fast neutron radiotherapy for advanced malignant salivary gland tumors. Radiother Oncol 1988;12:105-11.
19. Sur RK, Donde B, Levin V et al. Adenoid cystic carcinoma of the salivary glands: A review of 10 years. Laryngoscope 1997;107:1276-80.