

Benign parotis tümörlerinde cerrahi tedavi

Bedri ÖZER*, Salim GÜNGÖR**, Kayhan ÖZTÜRK*, Kazım ÇAYIR*

* S.Ü.T.F. Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, **S.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Yetersiz eksizyon ve enükleasyon tekniği nedeniyle yaklaşık 50 yıl öncesine kadar benign tümörlerin, özellikle pleomorfik adenomların postoperatif nüks oranları %21-70 arasında değişmekteydi. Bugün cerrahi teknikler daha güvenli ve yeterli düzeydedir. Fasyal sinirin identifikasyonu ve korunmasının avantajı ile çevreden yeterli sağlıklı parotis dokusunu da içerecek tarzda tümörün çıkartılması, 1940 lı yıllardan itibaren temel filozofiyi oluşturmuştur. Süperfisyal parotidektomi olarak tanımlanan bu teknik tüm otolarenologlar tarafından uygulanmaktadır. Bu çalışmada çeşitli tekniklerle müdahale edilen bir grup benign parotis tümörü vakasında cerrahi tekniklerin avantaj, dezavantaj ve postoperatif morbiditesi literatür verileri ile birlikte tartışıldı. Süperfisyal parotidektominin sınırlı vakalar dışında kitlenin eksizyonu, fasyal sinir ve dallarının korunması, postoperatif nüksün önlenmesi açısından en sağlıklı teknik olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Parotis benign tümörü , cerrahi tedavi.

SUMMARY

Surgical therapy for benign parotid tumors

Because the technique of enucleation and incomplete excisions, 50 years ago recurrence rates after surgical removal of tumors, especially pleomorphic adenomas ranged between 21% and 70% . Today, surgery for benign parotid tumors has evolved into a procedure that is both effective and safe. The advent of facial nerve identification and preservation with tumor removal with a adequate amount of surrounding healthy parotid tissue, occurred in the early 1940s as a true change in philosophy. The operation, termed superficial parotidectomy, is now accepted by the majority of otolaryngologists. In this article 23 patient that had benign parotis tumors was presented. Surgical therapy and techniques discussed with literature. We show that superficial parotidectomy is the better technique for benign parotis tumors.

Key Words: Benign parotid tumors, surgical therapy.

Baş boyun bölgesi tümöral kitlelerinin %3'den daha az miktarı tükrük bezlerinde gelişmektedir. Tüm tükrük bezi tümörlerinin %85'i parotiste görülürken bunların %80 i benign kitlelerdir (1).

Parotiste görülen benign tümörler görülme sıklığına göre sıralanırsa: pleomorfik adenoma (Mikst tümör), papiller kistadenoma lenfoma (Warthin tümörü), kanaliküler adenoma, bazal hücreli adenoma, oncocytoma ve myoepitelyomadır. Duktal papilloma, invertid papilloma, kistadenoma, sebaceöz adenoma ve sebaceöz lenfadenoma seyrek görülürler (2). Pleomorfik adenoma tüm parotis tümörlerinin %70 ini

oluştururken, 40-60 yaşlar arasında sık olarak görülmektedir (3).

Benign parotis tümörlerinde cerrahi yaklaşımda amaç fasyal sinirin emniyeti kadar, tümörün eradikasyonunda da başarılı olmaktır. Fasyal sinirin identifikasyonu ile birlikte tümörün sağlıklı bir kısım parotis dokusunu da içerecek tarzda çıkartılması 1940'lı yıllardan sonra uygulanmaya başlamış, süperfisyal parotidektomi olarak tanımlanan bu yöntem parotis cerrahisinde geniş uygulama alanı bulmuştur (4,5).

Haberleşme Adresi: **Doç. Dr. Bedri ÖZER**, S.Ü.T.F. Kulak Burun ve Boğaz Anabilim Dalı, KONYA

Süperfisyal parotidektomi; benign süperfisyal lob tümörlerinde, bazı düşük grade'li malign tümörlerde tercih edilen bir cerrahi tekniktir (4-7). Ayrıca sebebi tam olarak bilinmeyen parotis kitlelerinde eksplorasyon amaçlı (8), süperfisyal lob metastatik kitellerinde (9), sarkomatöz parotis lezyonlarında (10), aksesuar parotis tümörlerinde (11), kronik parotitis (12), benign lenfoepitelyal ve kistik lezyonlar, Mikulicz sendromunda (13), süperfisyal temporal artere ait nadir görülen anevrizmalarda (14) ve masseter adale hemanjiomlarında (15) uygulanmaktadır.

Süperfisyal parotidektomi parotis kitlelerinin tedavisinde ideal bir seçenek olmakla birlikte fasyal sinir nedeniyle özel bir cerrahi tecrübeyi gerektirmektedir (5,6,16-18). Bu cerrahinin henüz yerleşmediği dönemde alterantif bir uygulama olarak enükleasyon tekniği önerilmiştir. Diğer taraftan enükleasyon, bir başka tanımla ekstrakapsüler diseksiyon yüksek tümör nüksü nedeniyle ancak sınırlı vakalarda önerilmektedir (19). Süperfisyal parotidektomi iyi bir eksplorasyon, hemostaz ve fasyal sinir dallarını korumayla birlikte tümöral kitlenin lobuler yapısı da dikkate alınarak uygulandığından enükleasyona oranla çok daha güvenilir bir müdehalemdir.

Bu çalışmada cerrahi tedavi planlanan bir grup benign parotis tümörü vakasında cerrahi teknik, avantaj ve dezavantajları ile birlikte postoperatif nüks sonuçları literatür verileri ile birlikte tartışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ocak 1993 ile Aralık 1998 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine preaurikuler bölgede kitle yakınması ile müracaat eden, klinik muayene ve laboratuvar inceleme sonucu parotis benign tümöral kitlesi ön tanısı ile takibe alınan 23 hasta değerlendirmeye alındı.

Tablo 1. İğne aspirasyon biopsisi sitolojik değerlendirme ve klasifikasyonu

Sitolojik görünüm	Klasifikasyon
epitelyal hücreden yoğun	Class I
epitelyal + inflamatuvar hücre dağılımı	Class II
epitelyal displazi / metaplazi + inflamatuvar hücre	Class III
malign hücre var, sayı yetersiz (tip belirsiz)	Class IV
malign hücre var, sayı yeterli (tipi belirli)	Class V

Hastaların fizik muayene bulguları ile birlikte ayrıntılı anamnezleri alınarak kitlenin farkedilme tarihi, büyüme hızı, ağrılı olup olmadığı, fasyal sinir ile ilgili parezi yada paralizisi olasılığı sorgulandı. Anamnez ve fizik muayene sonucunda tahmin edilen preoperatif tanıyı desetekleyecek incelemeler tercihi olarak yaptırıldı. Hastaların tamamına ultrasonografik inceleme yapıldı. Sialografi; mevcut kitlenin kanaliküler blokaj yaptığı tahmin edilen 3 hastada yapıldı. Vakaların 13'ünde bilgisayarlı tomografi (BT) yaptırılarak kitlenin parankimal homojenitesi ve çevre doku ilişkisi tanımlandı. Yumuşak dokularda daha iyi bir görüntü sağlanmasına karşın hem pahalı olması hem de uygulamada henüz yaygınlaşmaması nedeniyle sadece malign tümör olasılığı olan bir hastada manyetik rezonans (MR) inceleme tekniği kullanıldı.

Hastaların tamamından ince iğne aspirasyon biopsi tekniği ile hücre örneği alınarak S.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı laboratuvarında sitolojik inceleme yapıldı. Biopsi sonrası yetersiz hücre materyaline bağlı olarak tanı konulamayan 7 örnek değerlendirmeye alınmadı. Sitolojik değerlendirmede Koss'un (3) yapmış olduğu sınıflama referans kabul edildi (Tablo -1).

Hastalar genel orotrakeal entübasyon anestezisi altında klinik muayene, radyolojik inceleme ve ince iğne aspirasyon sitolojisi sonucuna göre ekstrakapsüler diseksiyon yada süperfisyal parotidektomi tekniklerinden birisi uygulanarak opere edildi.

Hastaların cerrahi spesmenleri postoperatif patolojik incelemeye verildi. Sonuçların iğne aspirasyon sitoloji bulguları ile mukayesesi yapıldı. Bu şekilde iğne aspirasyon biopsisi sitolojik değerlendirmesinin preoperatif tanıya olan desteği ortaya kondu. Ayrıca hastaların postoperatif erken ve geç dönem değişik sürelerde takipleri yapılarak nüks ihtimali araştırıldı.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 12 tanesi erkek, 11'i kadın olmak üzere toplam 23 hastanın yaşları 21-66 arasında değişmekteydi. 13 hastada sağ, 10 hastada sol parotis tutulumu izlendi. Hastaların yaş, cins, preoperatif ultrason, sialografi, CT, MR ve ince iğne aspirasyon sitoloji sonuçları ile birlikte muhtemel ön tanıları Tablo 2'de görülmektedir.

Ultrason, kapsül ve çevre doku ile olan sınırın belirlenmesi yönünden, preoperatif cerrahi tekniğin

seçiminde bir olgu dışında tüm vakalarda doğru bilgi verdi. Kapsüllü kitle ve sınırlı lezyon olarak rapor edilen bu hastada cerrahi uygulamada diffüz tümörle karşılaşıldı. Histopatolojik inceleme malign mikst tümör olarak geldi. Sialografi yapılan hastalardan sadece Sjögren vakasında kanaliküler dolma sorunu ile karşıldı. Kanalin dar ve yetersiz olduğu dikkati çekti. Bilgisayarlı tomografi teknik olarak yumşak doku görüntülemeye manyetik rezonans kadar yeterli olmasa da 13 hastada pirimer kitlenin parankim ve lokalizasyonu konusunda belirleyici oldu.

Tablo 2. Hastaların preoperatif ultrason, sialografi, BT, MR ve aspirasyon biopsi örneklerine göre preoperatif tanısal dağılımları

adı/yaş/cinsi	Lokalizasyon	Ultrason	Sialografi/BT/MR	Sitoloji Class	Preoptanı
1 HİÇ/29/E	sağ parotis	kapsüllü/13-20 mm	sialo/kanalda minimal itilme	-	benign tm
2 ŞT/34/K	sol parotis	kapsüllü/19-29 mm	-	II	benign tm
3 MÜ/28/E	sol parotis	kapsüllü	BT/heterojen yüzeyel lob	-	benign tm
4 RK/33/E	sağ parotis	sınırlı/12-20 mm	sialo/normal	II	benign tm
5 DG/45/K	sağ parotis	sınırlı /60-50mm	BT/Heterojen yüzeyel lob	-	benign tm
6 HA/37/K	sol parotis	sınırlı	BT/Heterojen yüzeyel lob	II	benign tm
7 Fİ/24/E	sağ parotis	kapsüllü/32-35 mm	BT/heterojen kitle	-	benign tm
8 RA/23/K	sağ parotis	kapsüllü/40-50 mm	BT/heterojen kitle	I	benign tm
9 AK/36/K	sağ parotis	kapsüllü/15-20 mm	-	I	lipom
10 ND/65/K	sol parotis	diffüz /40-50 mm	sialo-kanal dar dolma yok	II	Sjögren
11 İÇ/38/E	sol parotis	kapsüllü/50-60mm	BT/sınırlı heterojen kitle	-	benign tm
12 AT/41/E	sağ parotis	lobule/10-25 mm	-	II	benign tm
13 NK/33/E	sol parotis	kapsüllü 50-60mm	-	II	benign tm
14 KM/53/E	sol parotis	kapsüllü/12-21 mm	-	I	benign tm
15 AİÜ/66/E	sol parotis	kapsüllü/40-50mm	BT/heterojen kontrast tutan	II	benign tm
16 GK/39/K	sol parotis	kapsüllü/24-21mm	BT/kontrast tutmayan kitle	II	benign tm
17 FA/43/K	sağ parotis	Lobule/45-32 mm	BT/heterojen solid kitle	II	benign tm
18 AŞ/21/K	sağ parotis	sınırlı hipoekoik	BT/Homojen	-	Lipom
19 ZK/43/E	sağ parotis	kapsüllü/14-24mm	-	-	benign tm
20 BB/22/E	sağ parotis	kapsüllü/27/54mm	BT/parotis dışı homojen kitle	I	Lipom
21 NG/64/E	sağ parotis	kapsüllü/50-60mm	BT/MR/kontrast tutan heterojen	III	malign tm
22 MD/35/K	sol parotis	kapsüllü/20-30 mm	-	II	benign tm
23 SG/24/K	sağ parotis	kapsüllü /20-20 mm	BT/heterojen yüzeyel lob	II	benign tm

Hastaların preoperatif incelemeler doğrultusunda konulan muhtemel tanılarına göre uygulanan cerrahi prosedür, cerrahi spesmenin patolojik değerlendirmesi, postoperatif takip süreleri ve nüks olasılığı Tablo 3'de görülmektedir. Buna göre 7 hastaya ekstrakapsüler diseksiyon, 15 hastaya süperfiyel parotidektomi uygulanmış oldu. Tablo 2'de görüldüğü üzere aspirasyon sitolojisi sonucu

Class I değerlendirmesi olan 3 hastada postoperatif biopsi Class II karşılığı pleomorfik adenom olarak geldi. Bunun dışında 16 vakanın 13'ünde iğne aspirasyon sitolojisi ile spesmenin biopsi sonuçları uyumlu bulundu. Patolojik inceleme sonucu 23 hastadan 17'sinde pleomorfik adenom, 3'ünde lipom, 1 vakada Warthin tümörü, 1 vakada Sjögren tesbit edildi.

Tablo 3. Hastalara preoperatif muhtemel tanı doğrultusunda uygulanan cerrahi prosedür, patolojik tanı, postoperatif takip süreleri ve nüks görülme sıklığı

adı/yaş/cinsi	Preop. tanı	uygu. cerr. tekn.	patolojik tanı	post-op.tak.süresi	nüks
1 HİÇ/29/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	6 yıl	yok
2 ŞT/34/K	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	5 yıl 11 ay	yok
3 MÜ/28/E	benign tümör	süperfis.par.	pleomorf. aden.	5 yıl 8 ay	yok
4 RK/33/E	benign tümör	ekstrakaps.dis.	pleomorf. aden.	4 yıl 10 ay	yok
5 DG/45/K	benign tümör	ekstrakaps.dis.	pleomorf. aden.	4 yıl 8 ay	yok
6 HA/37/K	benign tümör	süperfis.par.	pleomorf. aden.	4 yıl 2 ay	yok
7 Fİ/24/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	3 yıl 4 ay	yok
8 RA/23/K	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	3 yıl 2 ay	yok
9 AK/36/K	benign tümör	ekstrakaps.dis.	lipom	2 yıl 10 ay	yok
10 ND/65/K	Sjögren	superfis.par.	Sjögren sendr.	2 yıl 6 ay	yok
11 İÇ/38/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	2 yıl 4 ay	yok
12 AT/41/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	2 yıl 4 ay	yok
13 NK/33/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	2 yıl 1 ay	yok
14 KM/53/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	2 yıl	yok
15 AİU/66/E	benign tümör	superfis.par.	Warthin tümör	2 yıl	yok
16 GK/39/K	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	1 yıl 10 ay	yok
17 FA/43/K	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	1 yıl 6 ay	yok
18 AŞ/21/K	lipom	ekstrakaps.dis.	lipom	1 yıl 4 ay	yok
19 ZK/43/E	benign tümör	superfis.par.	pleomorf. aden.	6 ay	yok
20 BB/22/E	lipom	ekstrakaps.dis.	lipom	6 ay	yok
21 NG/64/E	malign tümör	superfis.par.	malign mikst t.	2 ay	yok
22 MD/35/K	benign tümör	ekstrakaps. dis.	pleomorf. aden.	1 ay	yok
23 SG/24/K	benign tümör	ekstrakaps. dis.	pleomorf. aden.	1 ay	yok

Tablo 3'de görüleceği üzere 23 hastadan ancak 7 tanesi ekstrakapsüler diseksiyona elverişli olup, geri kalan olgularda süperfisyel parotidektomi tercih edildi. Hastalarımızın 1 ay ile 6 yıl arasında değişen sürelerdeki (ortalama 31.2±7.9 ay) takiplerinde hiçbirisinde nükse rastlanmadı.

TARTIŞMA

Parotis cerrahisinde 1940 lı yıllara değin fasyal sinirin iatrojenik hasar riski, tümör biyolojisinin tam bilinmemesi ve histopatolojik çalışmalardaki yetersizlik nedeniyle konservatif yaklaşımla ekstrakapsüler diseksiyon tekniği ön plana çıkmıştır (6,7,20). Bu teknikde kapsül ya da psödokapsülün tesbiti ve diseksiyonu fasyal sinir hasarı açısından emniyet sınırı olarak kabul edilmiştir. Ancak çok büyük hacimli ve derin plan tutulumlu tümörlerde fasyal sinir periferik dalları, genellikle marjinal mandibuler dal takip edilmek suretiyle fasyal sinir trunkusuna ulaşılmıştır. Bu tekniğin yanı sıra sadece kapsül insizyonunu takiben tümörün küretajı ve kapsül eksizyon teknikleri de uygulanmış ancak nükslerle karşılaşmıştır (5-7,20-22).

Cerrahi mikroskobun devreye girmesi, tümör biyolojisinin daha iyi anlaşılması parotis cerrahisinde diseksiyon sınırlarını genişletmiştir. Özellikle preoperatif tanıya yönelik iğne aspirasyon biopsi tekniğinin tanımlanması, sitolojik incelemede uzmanlaşma, tümörün preoperatif tanımının daha iyi yapılması cerrahi uygulamalara yeni bir bakış getirmiştir. Doğru biopsi tekniği ile tecrübeli bir sitolog preoperatif cerrahi planlama açısından çok önemli bilgiler verir. Bu konuda tanısal hassasiyetin tümör olabilirliği açısından %95-98 , malignite bulunmama olasılığı açısından %98-100 oranlarında olduğu bildirilmektedir (23-25). Sitolojik değerlendirmede çok nadir de olsa tanısal hatanın tümörün nonhomojen yapısından ve yeterli hücre örneğinin alınamamasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir (26).

Bugün konservatif parotis cerrahisinden kasıt fasyal sinirin korunması şeklinde yapılan parsiyel parotidektomidir. Bu cerrahi yaklaşım tarzı özellikle son 50 yılda artan bir uygulama alanı bulmuş, pek çok yazar tarafından uygulanmış ve savunulmuştur (6,7,27,28). Tekniğin en önemli avantajı fasyal sinirin hasarı riskinin ve tümör nüksünün minimal düzeyde olmasıdır.

Bu teknikte cilt flebinin kaldırılmasını müteakip dikkat edilmesi gereken iki nokta vardır. Bunlardan biri kitlenin horizontal ve vertikal olmak üzere iki planda hareket kabiliyetidir. Bu hareket özellikle kitlenin derin plan invazyonu yani üçüncü boyutu hakkında bilgi vermektedir. İkinci nokta ise kitlenin yüzeyde ince bir parotis dokusu ile örtülü olmasıdır. Bu da tümörün yüzeyel gelişim gösterdiğini, fasyal sinir ve dallarının salim ve uzağında olduğunun göstergesidir. Sinirin başlangıçtan itibaren identifikasyonu ve korunması tümörün cerrahi rezeksiyon sınırlarını genişletmekte, bu da olası nüks ihtimalini azaltmaktadır (6,21). Bununla beraber 1970 ve 1980'li yıllarda enükleasyonu savunan çok sayıda yeni araştırma yayınlanmışsa da, nüks sonuçları ve fasyal sinir olası hasarı tartışmalıdır (17-19,29-32).

Pleomorfik adenom parotis bezinin en sık rastlanan benign tümörü olup tükrük bezleri benign tümörlerinin yaklaşık %60-70'ini oluşturmaktadır. 1940 lı yıllarda konservatif enükleasyon sonrası yüksek nüks görülmesi tümörün yarı malign sayılabileceği varsayımını getirirken, sonraları nüksün ilk cerrahi sırasında kapsül rüptüründen geliştiği, ayrıca tümörün uzun dönemde malign değişim potansiyeli olduğu anlaşılmıştır (33). Yavaş gelişen tümör klinik seyir, ultrason, CT, MR ve iğne aspirasyon sitolojisi eşliğinde preoperatif olarak tanımlanmakta ve cerrahi olarak kapsülü ile birlikte geniş eksizyonu gerektirmektedir. Geç dönem en önemli komplikasyon tümörün 5 yıllık sürede %75 oranda nüksü ve expleomorfik adenokanser şeklinde malign tümör formasyonu gösterebilmesidir (34).

Çalışma grubunu oluşturan 23 hastadan 17 sinde pleomorfik adenom tesbit edildi. Süperfisyel parotidektomi cerrahi uygulamasında 'derinlik' gibi üçüncü bir boyutun ortaya konabilmesi bir avantaj iken, ekstrakapsüler diseksiyonda derinlik boyutunun olmaması önemli bir dezavantajdır. Bu nedenle pleomorfik adenomlarda prensip olarak süperfisyel parotidektomi tercih edildi. Ancak tümörün yüzeyel lokalizasyonu ve radyolojik değerlendirmede tesbit edilen büyüklüğü cerrahi uygulamada seçilen yöntem konusunda yol gösterici oldu.

Tümörün yüzeyel olması, fasyal sinir dallarından

yeterince uzakta bulunması nedeniyle pleomorfik adenom düşündüren, tümör çapı 12-60 mm arası olan 7 hastaya ekstrakapsüler diseksiyon uygulandı. Diseksiyon esnasında çevreden yeterince sağlıklı parotis dokusu çıkarmaya özen gösterildi. Bu hastalarımızın hiçbirisinde postoperatif nüks ya da fasyal sinir sorunu yaşanmadı.

Parotiste pleomorfik adenomdan sonra ikinci sıklıkta gelişim gösteren Warthin tümörü rekkürens açısının çok az problem doğurmasına rağmen, nadir de olsa multisentrik gelişim nedeniyle nükse neden olabilmektedir. Örneğin bu tümörde %10 oranında bilateral gelişim olasılığı olduğu, bunun bir kısmının senkron bir kısmının da asenkron gelişim gösterdiği belirtilmektedir (29). Warthin tümörü BT de ihtiva ettiği kistik komponentlerin çapları ile ilişkili olarak heterojen, düşük izointens görüntü vermektedir (35). Ancak bu görünüm patolojiyi tanımlamaya yetmemektedir. Warthin tümöründe sitolojik incelemeler aspirasyon dokusunda yeterli epitelyal komponentin olması halinde anlam taşımaktadır (36). 23 vakalık bu seride sadece bir hastada Warthin tümörü tesbit edildi. Süperfisyal parotidektomi uygulanan bu hastada 2 yıllık takipte nüksle karşılaşmadı.

Parotisin bir başka tümöral kitlesi benign lenfoepitelyal lezyonudur. Major ve minör tükrük bezleri ile birlikte lakrimal glandı da tutabilen ve glanduler dokuların yerini hızla dolduran diffüz lenfositik infiltrasyona neden olan bu patoloji tükrük salgısını hızla azaltmaktadır. İğne aspirasyon sitolojisinde lenfoid-yoğun hücre dağılımı dışında spesifik belirtiyemeyen bu lezyonun en çok bilinen örneği Sjögren sendromudur (2). Unilateral diffüz parotis kitlesi ile gelen bir hastamızda iğne aspirasyon sitolojisinde Class II örneği olması nedeniyle süperfisyal parotidektomi uygulandı ve patolojik incelemede Sjögren şüphemizi doğruladı.

Malign tümör olasılığı düşündüğümüz bir vakada alınan aspirasyon biopsisi Class III ile bu şüphemizi doğrularken, MR bize BT ye göre daha net bilgi verdi. Parotis tümörlerinde her ne kadar MR tomografiye göre daha net ve belirleyici ise de pahalı bir teknik olması nedeniyle pratik uygulamada henüz yaygınlık kazanmamıştır (35).

Parotiste bazen intraglanduler, bazen de bez dışı

lokalizasyonu ile lipom sıkça karşılaşılan benign kitelendir. Hastalarımızdan 3 ünde lipom tesbit edildi ve ekstrakapsüler diseksiyon tekniği ile çıkarıldı.

Parotis cerrahisinde önemli sorunlardan bir diğeri de komplikasyonlardır. Sık olmamakla birlikte hematoma ve fasyal sinir parestizi parotidektominin erken dönem komplikasyonudur. Primer hemoraji kısa süreli dren uygulaması ve baskılı pansumanla kontrol altına alınabilmektedir. Sekonder hemorajiler sıklıkla yara infeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Cerrahi traksiyona bağlı fasyal sinir parestizi ortalama 3-6 ay arasında düzelirken, ekstrakapsüler diseksiyon sonrası daha sık rastlanılan tükrük fistülleri baskılı pansumanla birkaç hafta içerisinde girebilmektedir.

Çalışma gurubunda cerrahi uygulanan 23 hastanın 3'ünde postoperatif erken dönem hematoma gelişti. Pansuman esnasında penroz drenin yerinden kaydığı bu hastalar drenaj ve baskılı tamponu takiben iyileşti. Hastalardan 2'sinde postoperatif 4-5 gün arası sürede devam eden tükrük fistülü ile karşılaşıldı. Baskılı tampon ile bir haftalık sürede tamamen iyileşti.

Komplikasyonlar içerisinde hastayı ve hekimi en çok üzen Frey sendromudur (gustatory sweating). Fasyal cilde gelen sempatik liflerin hasarı sonrası bu liflerin aurikulo-temporal sinirin sekretomotor lifleri ile reinnervasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Total yada süperfisyal parotidektomilerde bu oran %10 - 41 arasında değişmektedir (20). Öte yandan bu tür komplikasyonlar ekstrakapsüler diseksiyonda daha nadir görülmektedir (32). Aurikularis magnus nörinomları, cerrahi kesiye ait skar oluşumu, intraoperatif kapsül rüptürüne bağlı tümör nüksleri görülebilen diğer komplikasyonlardır.

Sonuç olarak kapsül bütünlüğü tam, parotis yüzeysel lob subfasyal yerleşimli, sınırlı hacimdeki benign tümörlerde ekstrakapsüler diseksiyonun tercih edilebileceği, bunun dışında yüzeysel lob derin plan ve derin lob lokalizasyonlu benign ve düşük grade li malign tümörlerde süperfisyal parotidektominin uygulanması gerektiği düşünüldü.

Multisentrik gelişim gösteren Warthin tümörü dışında pleomorfik adenomlarda kapsül çevresinde

yeterli emniyet marjı bırakılması halinde, ve kapsül bütünlüğünün korunması durumunda nüksün olmayacağı kanısına varıldı. Hatırda tutulması gereken bir başka nokta da revizyon cerrahisinin en az rekkürensinden neden olduğu fasyal sinir hasarı kadar hasara yol açabildiğidir. Bu düşünceden yola çıkarak cerrah tedavideki hedefe ilk müdahalede ulaşmak,

fasyal sinire hasar vermeden ve tümör bütünlüğünü bozmadan komplet olarak çıkartmak durumundadır. Cerrahi öncesinde fasyal sinire yönelik potansiyel risklerin; parsiyel yada komplet, geçici yada kalıcı paralizilerin olabileceği, gereğinde sinir fonksiyon kurlarına karşın rekonstrüksiyon seçeneklerinin uygulanabileceği hastaya mutlaka hatırlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Conley J, Baker DC. Cancer of the Salivary Glands. In: Suen JY, Myers EN, editors. Cancer of the Head and Neck. New York: Churchill Livingstone, 1981.p:524-56.
- Painter DM. Surgical pathology and fine needle aspiration cytopathology. In: Norman JE, McGurk M, editors. Color Atlas and Text of the Salivary Glands. London: Mosby-Wolfe, 1995:p.59-90.
- Koss GL, Zajicek J. Aspiration biopsy. In: Koss LG, editors. Diagnostic Cytology. Philadelphia: JB Lippincott Comp, 1992:p. 456-89.
- Donovan DT, Conley JJ. Capsular significance in parotid tumor surgery: Reality and myths of lateral lobectomy. Laryngoscope 1984;94:324-9.
- Maynard JD. Management of pleomorphic adenoma of the parotid. Br J Surg 1988;75:305-7.
- Woods JE. Parotidectomy versus limited resection for benign parotid masses. Am J Surg 1985;149:749-50.
- Rodriguez-Bigas MA, Sako K. Bening parotis tumors: A 24-year experience. J Surg Oncol 1991;46:159-61.
- Mitchell DA, Ord RA. Atypical mycobacterial infection presenting as a parotid mass in a child. J Craniomaxillofac Surg 1988;16:221-3.
- Ball ABS, Thomas JM. Management of parotid metastases from cutaneous melanoma of the head and neck. J Laryngol Otol 1990;104:350-1.
- Auclair PL, Langloss JM, Weiss SW. Sarcomas and sarcomatoid neoplasms of the major salivary gland regions. Cancer 1986;58:1305-15.
- Rodino W, Shaha AR. Surgical management of accessory parotid tumors. J Surg Oncol 1993;54:153-6.
- O'Brein CJ, Murrant NJ. Surgical management of chronic parotitis. Head Neck 1993;15:445-9.
- Woods JE. Parotidectomy: Points of technique for brief and safe operation. Am J Surg 1983;145:678-83.
- Buckspan RJ, Rees RS. Aneurysm of the superficial temporal artery presenting as a parotid mass. Plast Reconstr Surg 1986;78:515-7.
- Stueber K, Hafiz MA. Hemangioma of the masseter muscle: A case report and review of the literature. Ann Plast Surg 1986;16:257-60.
- Chang EZ, Lee WC. Surgical treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland: Report of 110 cases. J Oral Maxillofac Surg 1985;43:680-2.
- Touquet R, Mackenzie IJ, Carruth JAS. Management of the parotid pleomorphic adenoma, the problem of exposing tumor tissue at operation. The logical pursuit of treatment policies. Br J Oral Maxillofac Surg 1990;28:404-8.
- Liu FF, Rodstein L, Davison AJ. Benign parotid adenomas: A review of the Princess Margaret Hospital experience. Head Neck 1995;17:177-83.
- Comoretto R, Barzan L. Bening parotid tumor enucleation -A reliable operation in selected cases. J Laryngol Otol 1990;104:706-8.
- Unno T. Surgical techniques of the parotid tumor. Acta Otolaryngol (Stockh) Suppl 1998;458:139-43.
- Myssiorek D, Ruah CB, Hybels RL. Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. Head Neck 1990;12:332-6.
- Phillips PP, Olsen KD. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: Report of 126 cases and a review of the literature. Ann Otol Rhinol Laryngol 1995;104:100-4.
- Boccatto P, Altavilla G, Blandamura S. Fine needle aspiration biopsy of salivary gland lesions. A reappraisal of pitfalls and problems. Acta Cytol 1998;42:888-98.
- Daskalopoulou D, Rapidis AD, Maounis N, Markidou S. Fine-needle aspiration cytology in tumors and tumor-like conditions of the oral and maxillofacial region: diagnostic reliability and limitations. Cancer 1997;81:238-52.
- Candel A, Gattuso P, Reddy V, Matz G, Castelli M. Is fine needle aspiration biopsy of salivary gland masses really necessary ? Ear Nose Throat J 1993;72:485-9.
- Fulciniti F, Califano L, Zupi A, Vetrani A. Accuracy of fine needle aspiration biopsy in head and neck tumors. J Oral Maxillofac Surg 1997;55:1094-7.
- Debets JMH, Munting JDK. Parotidectomy for parotid tumors: 19-year experience from the Netherlands. Br J Surg 1992;79:1159-61.
- Lam KH, Wei WI, Ho CH. Whole organ sectioning of mixed parotid tumors. Am J Surg 1990;160:377-81.
- Heller KS, Attie JN. Treatment of Warthin's tumor by enucleation. Am J Surg 1998;156:294-6.
- Ebbs SR, Webb AJ. Adenolymphoma of the parotid: Aetiology, diagnosis and treatment. Br J Surg 1986;73:627-30.
- Owen ERTC, Banerjee AK, Kissin M. Complications of parotid surgery: The need for selectivity. Br J Surg 1989;76:1034-5.

32. Dallera P, Marchetti C, Campobassi A. Local capsular dissection of parotid pleomorphic adenomas. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993;22:154-7.
33. Eneroth CM. Mixed tumors of the major salivary glands: prognostic role of capsular structure. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 74: 944-53.
34. Wolf IS, Goldberg AN, Bigelow DC. Pleomorphic adenoma of the parotid. *Am Fam Physician* 1997;56:185-92.
35. Carter BL. Salivary Glands. In: Valvasori GE, Mafee MF, Carter BL, editors. *Imaging of the Head and Neck*. New York: Georg Thieme Verlag, 1995: p. 475-508.
36. Young JA. Fine needle aspiration cytopathology. In: Norman JE, McGurk M, editors. *Color Atlas and Text of the Salivary Glands*. London: Mosby-Wolfe, 1995: p. 90-105.