

## OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

# Tükürük bezi duktal karsinomu

S. Ceylan, Z. Yücel, G. Erdem Huq, F. Bora

### Salivary duct carcinoma

Salivary duct carcinoma (SDC) is an uncommon malignant salivary gland tumor that occurs predominantly in the parotid gland although other major salivary glands may be sites of origin. The tumor has an aggressive behavior and poor prognosis. Combined surgery and radiotherapy is recommended. Despite this aggressive treatment the prognosis of this tumor is poor. In this case report, 42-year-old man who has right parotid mass and diagnosed as ductal carcinoma is evaluated with literature.

**Key Words:** Salivary duct carcinoma (SDC), fine-needle aspiration, parotid gland.

### Özet

Tükürük bezi duktal karsinomu nadir görülen ve oldukça malign adenokarsinom olup bezin duktus epitelinden kaynaklanır. En sık parotis bezinde görülür fakat diğer tükürük bezlerinde de nadiren görülebilir. Agresif bir klinik seyire ve kötü prognoza sahiptir. Tedavi için cerrahiye ek olarak mutlaka postoperatif radyoterapi önerilmektedir. Bu agresif tedaviye rağmen prognoz kötüdür. Bu yazıda sağ parotis kitlesi nedeniyle kliniğimize başvuran ve parotis bezi duktal karsinomu tanısı alan 42 yaşındaki bir erkek hasta literatür bilgileri ile birlikte değerlendirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Tükürük bezi duktal karsinomu (TDK), ince iğne aspirasyon biyopsisi, parotis bezi.

Türk Arch Otolaryngol, 2008; 46(4): 325-328

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2008; 46(4): 325-328

### Giriş

Tükürük bezi duktal karsinomu (TDK) ilk olarak 1968 yılında Oskar Kleinsasser ve ark. tarafından tarif edilmiş nadir görülen bir tümördür. Tümör yerleşimi %88 parotis bezinde, %8 submandibüler bezde ve %4 oranında minör tükürük bezlerindedir.<sup>1</sup>

Kleinsasser,<sup>1</sup> bu tümörün histolojik olarak memenin duktal karsinomuna benzediğini bildirmiştir. Önceleri adenokarsinomlarla birlikte gruplandırılan bu tümör 1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından farklı bir neoplazm olarak kabul edilmiştir.<sup>2</sup>

Dr. Serdar Ceylan, Dr. Zeki Yücel, Dr. Fatih Bora

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Kulak Burun Bogaz Kliniği, İstanbul

Dr. Gülben Erdem Huq

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Patoloji Laboratuvarı, İstanbul

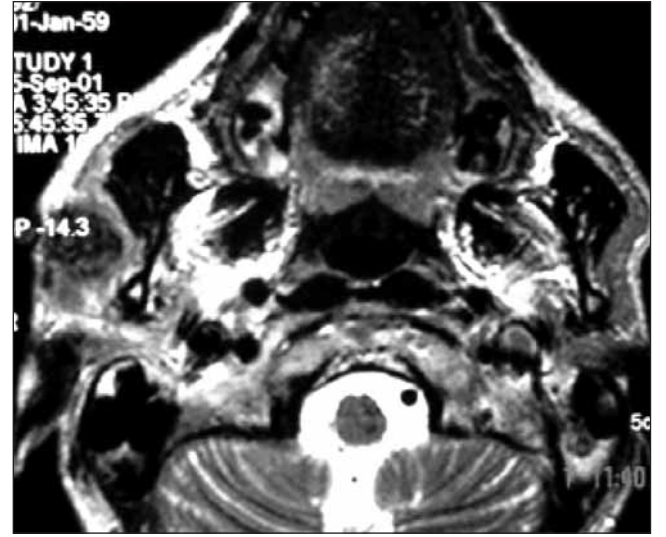
Tümör, klinik olarak hızlı başlangıç ve ilerleme gösterir. Parotis bezinden kaynaklanarlarda fasiyal paralizi ve ağrıya tabloya eklenebilir. Klinik olarak agresif davranan tümörün rekürens oranı yüksektir. Lenf nodu metastazı ve uzak metastaz sık görülür.<sup>3,5</sup> Sıklıkla 50 yaşın üstü erkeklerde ve kadınlara göre üç kat fazla görülür.<sup>2,4</sup>

## Olgu

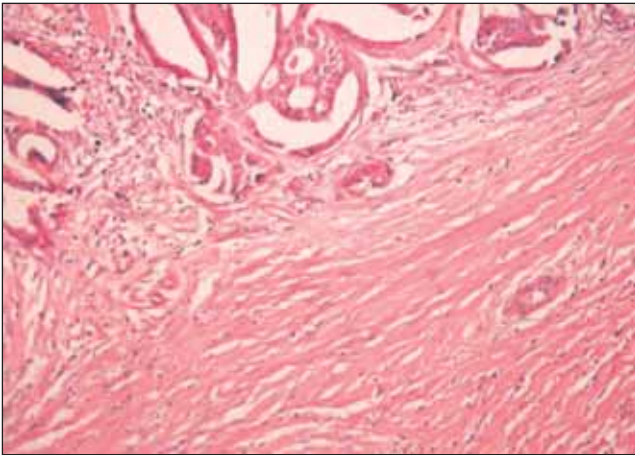
Olgumuz 42 yaşındaki bir erkek hasta, sağ parotis bezinde 3 ay içinde gittikçe büyüyen ağrılı kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ parotis bezinde yaklaşık 3x2 cm boyutlarında, sert, ağrılı ve hareketi sınırlı bir kitle saptandı. Hastanın MR görüntülemesinde sağ parotis bezinde yerleşmiş 3x2x2 cm ebadında kitle imajı görüldü (Resim 1). Her iki jugulodigastrik bölgede 12 mm'yi geçmeyen birkaç lenf nodu saptandı. Tümör AJCC 2002 klasifikasyonuna göre T2a N0M0 (stage1) olarak değerlendirildi.

Hastaya ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sitolojik inceleme sonucunda mikst tümörle uyumlu bulgular belirtilmekle birlikte yayma preparatlar da saptanan displastik epitelyal değişikliklerin kesin

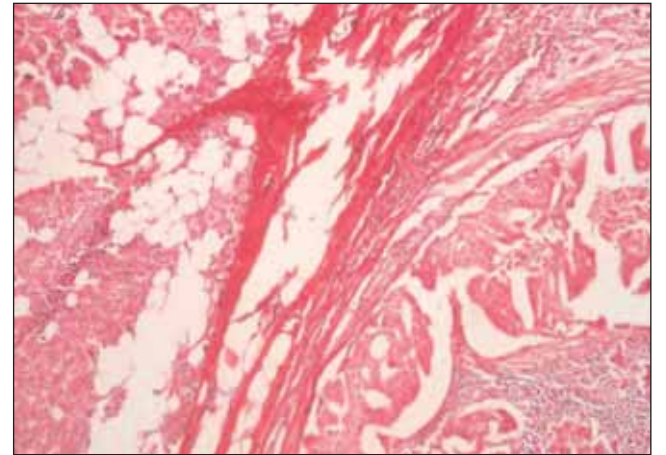
tanımlanabilmesi için patoloji kliniğince lezyonun tamamen çıkarılması önerildi. Bunun üzerine hasta 30.10.2001 tarihinde operasyona alındı. Frozen kesit sonucu malign tümör olarak bildirilince hastaya total parotidektomi yapıldı. Fasiyal sinir ile ilgili preoperatif bir bulgu olmadığından ve operasyon sırasında tümöre çok yakın olmadığı görüldüğünden fasiyal sinir sakrifiye edilmedi. Postoperatif histopato-



Resim 1. Ameliyat öncesi MR görüntüleme.



Resim 2. Üst-solda kribriform yapılar oluşturan intraduktal ve invaziv epitelyal tümör, alt-sağda fibrotik stroma izlenmektedir (HE x200). [Bu resim, derginin [www.turkarchotolaryngol.org](http://www.turkarchotolaryngol.org) adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 3. Intraparotideal lenf nodunda subkapsüler sinüs ve parankimde kribriform yapılar oluşturan metastatik tümör izlenmektedir (HE x200). [Bu resim, derginin [www.turkarchotolaryngol.org](http://www.turkarchotolaryngol.org) adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



**Resim 4.** Ameliyat sonrası 2. yıl.  
[Bu resim, derginin [www.turkarchotolaryngol.org](http://www.turkarchotolaryngol.org) adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



**Resim 5.** Postoperatif ikinci yılda fasyal fonksiyonlar. [Bu resim, derginin [www.turkarchotolaryngol.org](http://www.turkarchotolaryngol.org) adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

lojik inceleme sonucunda tümörün duktal karsinom olduğu (Resim 2) ve 3 adet parotid lenf nodunda metastaz yaptığı patolojik olarak saptandı (Resim 3). Bu rapor üzerine hastaya modifiye boyun disseksiyonu uygulandı. Boyun disseksiyonu materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucunda 19 adet lenf bezinde reaktif hiperplazi saptandı. Hasta operasyon sonrası radyoterapi için radyasyon onkolojisi kliniğine gönderildi.

Hasta 2 yıldır takibimiz altında olup lokal nüks ya da uzak metastaz saptanmadı. Hastanın fasyal sinir fonksiyonları normaldir (Resim 4 ve 5).

## Tartışma

Tükürük bezinin duktal karsinomu; boşaltıcı duktuslardan veya pleomorfik adenomlardaki duktal hücrelerin malign transformasyonundan geliştiği öne sürülen yüksek grade'li malign epitelyal bir neoplazidir.<sup>6</sup>

Makroskopik olarak tümör genellikle kapsülsüz, sınırları belirsiz, gri-beyaz ya da sarı-beyaz renkli ve multinodülerdir. Kistik, nekrotik alanlar ve oldukça yoğun olabilen fibrozis içerebilir.<sup>7</sup>

Mikroskopik olarak memenin duktal tip karsinomu ile oldukça benzer özellikler gösterir. Memede olduğu gibi intraduktal ya da invaziv tümör gelişimi görülebilir. İntraduktal komponent; komedo, kribri-form, solid ve papiller formda, invaziv komponent ise nonspesifik, papiller ya da andiferansiye formda olabilir. Komedonekroz sık izlenen bir bulgudur. Kribri-form yapılar memede olduğu gibi "Roman bridge" formunda olabilir. Tümör hücreleri; büyük, hiperkromatik, pleomorfik nükleuslu olup birkaç adet belirgin nükleol içerir. Sitoplazma genellikle geniş ve eozinofiliktir. Mitoz sıklığı. Değişen derecelerde fibrozis görülebilir.<sup>6,7</sup>

İmmünohistokimyasal olarak; tümöral hücrelerde pankeratin, epitelyal membran antijen (EMA), karsinoembriyojenik antijen (CEA), alfa-laktalbumin, growth cystic disease factor 15 (GCDP-15), B72.3, c-erb B2 pozitifliği gözlenebilir.<sup>6,8</sup>

Olgumuz makroskopik olarak; 3x2x2 cm ölçülerinde, nodüler gelişim gösteren, gri-beyaz renkli, kapsülsüz, yer yer düzensiz sınırlı, fibrotik görünümdeydi ve kistik-nekrotik alanlar içermekteydi. Mikroskopik olarak; seröz tükürük bezi içinde, yoğun fibrozis gösteren stromada, genellikle nodüller şek-

linde intraduktal ve invaziv tümör odakları izlendi. İntraduktal komponent komedonekrozlu kribri-form ve solid tipte idi (Resim 2). İnvaziv komponent klasik duktal tip meme karsinomu özellikleri göstermekteydi. Lenf nodu metastazları da benzer histopatolojik özellikler içeriyordu. İmmünohistokimyasal olarak; pankeratin, EMA ve GCDFP-15 ile pozitif reaksiyon saptandı.

Tükürük bezi duktal karsinomunun klinik ve prognozu, Guzzo ve ark.'nın yaptığı çalışmada detaylı şekilde incelenmiş,<sup>9</sup> sonuçta prognozun tümör kitlesinin büyüklüğü ve nodal tutulum varlığı ile doğru orantılı olarak kötüleştiği ifade edilmiştir. N0 hastalarda 2 yıllık sağ kalım oranı %60 olarak saptanırken nodal tutulumu olan hastalarda bu oran %33 olarak bulunmuştur (p=0.01). Yine 2 yıllık sağ kalım oranı T1 tümörlerde %62.5 iken, 2 cm'den büyük tümörlerde (T2, T3 ve T4) %25'e düştüğü ifade edilmektedir. Beş yıllık sağ kalım oranı ise T1 tümörlerde %25 iken daha büyük olan tümörlerde %0'a kadar düşük olabileceği literatürde bildirilmiştir.<sup>1,3,5,10</sup>

Nodal tutulum oranı tümörün büyüklüğü ile artmaktadır. T1 tümörlü hastalarda, nodal tutulum %34.8, T4 tümörlü hastalarda %60 oranında olduğu saptanmıştır.<sup>9</sup>

Uzak metastaz oranının da lenfatik yayılım ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Pozitif lenf nodu olduğu saptanan 37 hastanın 18'inde (%48.6) uzak metastaz bulunmuş. Boyunda lenf nodu negatif olan 10 hastanın sadece bir tanesinde uzak metastaz geliştiği bildirilmiştir. Hastalığın yüksek mortalite oranı lokal-bölgesel tedavinin yetersizliğinden çok uzak metastazlara bağlıdır.<sup>9</sup> Uzak metastaz tümör büyüklüğün-

den çok lenf nodu metastazı ile ilişkilidir. Bu nedenle profilaktik ipsilateral boyun disseksiyonu önerilmektedir.

Sonuç olarak tükürük bezi duktal karsinomunun tedavisinde kombine cerrahi ve radyoterapi iyi bir kontrol sağlamaktadır. Ancak, özellikle nodal tutulumu olan hastalar uzak metastaz açısından yüksek risk altındadırlar ve bu tür hastalara adjuvan kemoterapi de düşünülmelidir.

#### Kaynaklar

1. **Kleinsasser O, Klein HJ, Hübner G.** Salivary duct carcinoma: a group of salivary gland tumors analogue to mammary duct carcinoma. *Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd* 1968; 192: 100-15.
2. **Hogg RP, Ayshford C, Watkinson JC.** Parotid duct carcinoma arising in bilateral chronic sialadenitis. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 686-8.
3. **Barnes L, Rao U, Krause J, Contis L, Schwartz A, Scalamogna P.** Salivary duct carcinoma. A clinical evaluation and DNA image analysis of 13 cases with review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 64-73.
4. **Madriral B, Garcia J, De Vicente JC.** Salivary duct carcinoma :an unusual case of long-term evolution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 597-602.
5. **Lewis JE, McKinney BC, Weiland LH, Ferreiro JA, Olsen KD.** Salivary duct carcinoma. Clinicopathologic and immunohistochemical review of 26 cases. *Cancer* 1996; 77: 223-30.
6. **Delgado R, Vuitich F, Albores-Saavedra J.** Salivary duct carcinoma. *Cancer* 1993; 72: 1503-12.
7. **Tumors of the Salivary Glands.** Washington DC. *Armed Forces Inst Pathol* 1996: 324-33.
8. **Murrah VA, Batsakis JG.** Salivary duct carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103: 244-7.
9. **Guzzo M, Di Palma S, Grandi C, Molinari R.** Salivary duct carcinoma: clinical characteristics and treatment strategies. *Head Neck* 1997: 126-33.
10. **Brandwein MS, Jagirdar J, Patil J, Biller H, Kaneko M.** Salivary duct carcinoma (cribriform salivary carcinoma of excretory ducts). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. *Cancer* 1990; 65: 2307-14.

#### Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

#### İletişim Adresi: Dr. Serdar Ceylan

SSK İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kulak Burun Bogaz Kliniği  
Samatya İSTANBUL  
Tel: +90 (212) 588 44 00  
e-posta: serceylan@yahoo.com