

ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE

Parotis cerrahisindeki deneyimlerimiz

A.N. Erkan, H. Yavuz, C. Yilmazer, C.A. Çağıcı, S. Aslan, İ. Yılmaz, F. Çaylaklı, L.N. Özlüoğlu

Our experience with parotid surgery

Objectives: To evaluate parotidectomy cases with masses in the parotid gland and present our experience.

Methods: Clinical records of 68 patients who underwent parotidectomy with a diagnosis of parotid mass at Başkent University Hospital between January 2000 and December 2005 were retrospectively reviewed. All patients who were operated by parotidectomy due to neoplastic and non-neoplastic parotid gland diseases were included in the study. ENT examinations, the results of computed tomography and magnetic resonance imaging, fine needle aspiration biopsy and pathology were evaluated and discussed.

Results: The age of the cases ranged between 12 months and 85 years (mean=52.4 years); 57 cases were operated on because of benign masses whereas 11 cases were operated on due to malignant masses. The cases who were operated on because of benign masses were treated by superficial parotidectomy or total parotidectomy. Those operated on with diagnosis of malignant masses were treated by superficial, total or radical parotidectomy according to the kind of pathology. The facial nerve was included in the specimen in cases with nerve invasion. For some cases neck dissection was performed if needed. As additional treatment radiotherapy, chemotherapy, or chemoradiotherapy were performed. The patients' follow up span ranged between two months and five years (mean=3.5 years). There were no recurrences among the cases operated for benign masses. Follow up examination of the three patients with malignant masses of epidermoid carcinoma revealed that one had lung metastasis and other two had neck metastasis. There were no recurrences and no metastasis among the other malignant cases.

Conclusion: Our surgical approaches were appropriate in benign masses despite of short follow up period of theirs, and it has not been detected any recurrence until now. However, we thought that particularly approach to neck in malignant tumors should have been done radical.

Key Words: Parotidectomy, parotid gland masses, salivary gland masses.

Türk Arch Otolaryngol, 2007; 45(2): 91-99

Dr. Alper Nabi Erkan, Dr. Haluk Yavuz, Dr. Cüneyt Yilmazer, Dr. Can Alper Çağıcı,
Dr. Sündüs Aslan, Dr. İsmail Yılmaz, Dr. Fatma Çaylaklı, Dr. Levent N. Özlüoğlu
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Amaç: Parotis bezinde kitle nedeni ile parotidektomi yapılan olgularını değerlendirmek ve deneyimlerimizi sunmak.

Yöntem: Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde Ocak 2000 - Aralık 2005 tarihleri arasında, parotis bezinde kitle nedeni ile parotidektomi yapılan 68 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya neoplastik ve nonneoplastik parotis bezi hastalığı nedeni ile parotidektomi yapılan tüm hastalar dahil edildi. Olguların rutin KBB muayenesi, bilgisayarlı tomografi/manyetik rezonans görüntüleme, ince iğne aspirasyon biyopsisi ve patoloji sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 33'ü kadın, 35'i erkekti ve yaşları 12 ay ile 85 yaş arasında (ortalama 52.4) değişmekteydi. Benign kitle nedeni ile 57 olgu opere edilirken, malignant kitle nedeni ile 11 olgu opere edildi. Benign kitle nedeni ile opere edilen olgulara süperfisyal ya da total parotidektomi yapıldı. Malign kitle nedeni ile opere edilen olgulara patolojinin cinsine göre süperfisyal, total ya da radikal parotidektomi yapıldı. Fasiyal sinire invazyon saptanan olgularda fasiyal sinir spesmine dahil edildi. Gereklilerde boyun diseksiyonu tedaviye eklendi. İlave tedavi olarak radyoterapi, kemoterapi ya da kemoradyoterapi verildi. Hastaların ortalama takip süresi 3.5 yıl (2 ay-5 yıl) idi. Benign kitle nedeni ile opere edilen olgularda lokal rekürrens saptanmadı. Malign kitle nedeni ile opere edilen epidermoid karsinomlu 3 olgunun izlemlerinde; birinde akciğer metastazı, diğer ikisinde boyunda metastaz saptandı. Diğer malignant olgularda rekürrens ve metastaz saptanmadı.

Sonuç: Şimdiye dek rekürrens saptamadığımız benign kitlelerde her ne kadar izlem süremiz kısa da olsa yaptığımız cerrahilerin yerinde olduğu, bununla birlikte malignant tümörlerde özellikle boyna yaklaşımın radikal olması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Parotidektomi, parotis bezi kitleleri, tükürük bezi kitleleri.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2007; 45(2): 91-99

Giriş

Tükürük bezi tümörleri vücuttaki tümörlerin yaklaşık %3'ünü, baş boyun tümörlerinin de %5-10'unu oluştururlar. Bu neoplazmların da %80-85'i parotis bezinden köken alır.¹ Histopatolojik yapıları karmaşık olup biyolojik davranışları değişkenlik gösterebilmektedir.² Son zamanlarda rutin uygulamaya giren ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi inceleme teknikleri sayesinde parotis bezi kitleleri hakkında daha kapsamlı bilgiler edinilerek tedavi yöntemleri daha uygun bir şekilde belirlenebilmektedir. Bu çalışmada parotidektomi yapılan 68 olgu sunulmuş, değişik patolojilerin görülme oranları ve parotis kitlelerindeki tedavi yaklaşımımız literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde Ocak 2000-Aralık 2005 tarihleri arasında, parotis bezinde kitle nedeni ile parotidektomi yapılan 68 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan dördü daha önce de yayınlanmış olan çalışmalarda yer almıştı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, kitlenin operasyon öncesi İİAB sonucu, operasyon sonrası patolojik tanı, uygulanan cerrahi yöntem, komplikasyonlar ve takip süreleri not edildi. Hastaların başlıca başvuru semptomu kulak önü ya da çene altında şişlik idi. Ek olarak ağrı, fasyal paralizi, boyunda şişlik ile başvuran hastalar da mevcuttu. Hastalar rutin muayeneye ek olarak ileri teknik görüntüleme yöntemleri (bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme) ile değerlendirildi. Hastaların tümünün kitlelerinden operasyon öncesi İİAB alındı. Cerrahi yöntem olarak süperfisyel parotidektomi, total parotidektomi veya radikal parotidektomi uygulandı. Fasiyal sinire invazyon saptanan olgularda fasiyal sinirin tutulu olan bölümü eksize edildi, bu olgularda fasiyal sinir intraoperatif olarak onarılmadı; proksimal ve distal kesik uçlar daha sonraki safhalarda greftleme planlanarak işaretlendi. Malign olguların beşine aynı seansta ya da ikinci bir seansta boyun diseksiyonu yapıldı, postoperatif dönemde beşine yalnızca radyoterapi, birine yalnızca kemoterapi ve ikisine kemoradyoterapi verildi.

Bulgular

Parotis bezinde kitle nedeni ile opere edilen 68 olgunun 33'ü kadın, 35'i erkek idi. Olguların yaşı 12 ay ile 83 yaş arasında (ortalama 49.7 yaş) değişiyordu (Tablo 1). Hastaların 57'sinin operasyon sonrası patoloji sonucu benign, 11'inin malign tümör olarak rapor edildi (Tablo 2). Operasyon öncesinde yapılan İİAB, kitlelerin %70'inde spesmenin patoloji sonucu ile uyumlu iken, %30'unda kesin tanı koyduramadı. İİAB ile 3 olguda epidermoid karsinom tanısı konulabilirken, epidermoid karsinomlar haricindeki diğer malign kitlelerde kesin tanı konulamadı. Benign kitlelerden 50 tanesi süperfisyel parotidektomi ile eksize edilirken, 7 tanesi yüzeysel ve derin lobu birlikte ya da sadece derin lobu etkilediğinden total parotidektomi tarzında eksize edildi (Tablo 3). Malign kitlelerden 7 tanesine (1 mukoe-pidermoid karsinom, 1 asinik hücreli karsinom, 1 karsinoma ex pleomorfik adenoma, 1 Warthin tümöründen köken alan epidermoid karsinom, 3 lenfoma) süperfisyel parotidektomi yapılırken, 3 tanesine (2 epidermoid karsinom, 1 adenokarsinom) total parotidektomi ve 1 tanesine de (metastatik epidermoid karsinom) radikal parotidektomi uygulandı. Malign tümürlü 5 hastaya (3 olgu epidermoid karsinom, 1 olgu adenokarsinom, 1 olgu Warthin tümöründen kaynaklanan epidermoid karsinom) boyun diseksiyonu da yapıldı. Epidermoid karsinomlu 2 olguya postoperatif ilave olarak radyoterapi ve kemoterapi, 1 olguya sadece radyoterapi verildi. Lenfomalı olgulardan 1'ine cerrahi dışında ilave bir tedavi uygulanmazken diğer 2 olgudan birine postope-

Tablo 1. Benign ve malign kitlelerde kadın ve erkek yaş dağılımı

	Benign		Malign		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Erkek	31	54	4	36	35	51
<17 yaş	2	7	-	-	2	6
17-40 yaş	4	13	1	25	5	14
41-60 yaş	19	61	1	25	20	57
>60 yaş	6	19	2	50	8	23
Kadın	26	46	7	64	33	49
<17 yaş	-	-	-	-	-	-
17-40 yaş	5	19	1	14	6	18
41-60 yaş	15	58	2	29	17	52
>60 yaş	6	23	4	57	10	30
Toplam	57	100	11	100	68	100

Tablo 2. Parotidektomi yapılan kitlelerin histopatolojik dağılımı.

Benign		
Histopatoloji	Hasta sayısı (n)	%
Pleomorfik adenom	19	33
Warthin tümörü	14	24
Bazal hücreli adenom	5	9
Onkositom	1	2
Hemanjiyendotelyoma	1	2
Lipom	1	2
Kronik sialoadenit	4	7
Tüberküloz	3	5
Kist	4	7
Sjögren	1	2
Lenfoepitelyal lezyon	1	2
Sialoadenosis	1	2
Hiperplazik lenf nodu	2	3
Toplam	57	100
Malign		
Histopatoloji	Hasta sayısı (n)	%
Epidermoid karsinom	3	27.5
Mukoepidermoidli karsinom	1	9
Asinik hücreli karsinom	1	9
Adenokarsinomfik adenoma	1	9
Karsinoma ex pleomorfik adenoma	1	9
Warthin tümöründen kaynaklanan epidermoid karsinom	1	9
Lenfoma	3	27.5
Toplam	11	100

ratif ilave olarak radyoterapi, diğerine de ilave olarak sadece kemoterapi verildi. Mukoepidermoid karsinomlu ve asinik hücreli karsinomlu olgulara operasyon sonrası ilave bir tedavi verilmedi. Geri kalan tüm malign tümörlere postoperatif radyoterapi verildi (Tablo 4).

Olguların takip süreleri ortalama 25.7 ay (2-60 ay) idi. Bu süre benign tümörlerde ortalama 26.2 ay (2-60 ay), malign tümörlerde ise ortalama 23.4 ay (2-48 ay) idi. Malign olgulardan, epidermoid karsinom olan 3 olgudan 2'si boyun metastazı, 1'i akciğer metastazı nedeni ile exitus olurken, takipte olan diğer olgularda lokal nüks veya bölgesel ya da uzak metastaz saptanmadı. Postoperatif dönemde en sık gördüğümüz komplikasyon fasiyal paralizi idi (%16). Malign olgulardan 3'ünde (epidermoid karsinom) operasyon öncesinde fasiyal paralizi mevcuttu. Adenokarsinom olan hastada ise operasyonda fasiyal sinirin tümörün içinde olduğu sap-

Tablo 3. Benign kitlelere göre uygulanan tedavi yöntemleri ve takip süreleri.

	Süperfişyal parotidektomi	Total parotidektomi	Takip Süresi (ort)	Nüks
Pleomorfik adenom	16	3	22.5 ay	Yok
Warthin tümörü	14		22 ay	Yok
Bazal hücreli adenom	5		34 ay	Yok
Onkositom	1		2 ay	Yok
Hemanjiyendotelyoma	1		15 ay	Yok
Lipom	1		60 ay	Yok
Kronik sialoadenit		4	48 ay	Yok
Tüberküloz	3		32 ay	Yok
Kist	4		22.5 ay	Yok
Sjögren	1		32 ay	Yok
Lenfoepitelyal lezyon	1		13 ay	Yok
Sialoadenosis	1		10 ay	Yok
Hiperplazik lenf nodu	2		26 ay	Yok

tanarak, tutulu segment eksize edildi. Bu dört vakada sinir kesilip spesimene katıldı ileride yapılması olası rekonstrüksiyon ameliyatları için fasiyal sinir uçlarına işaret kondu, intraoperatif bir onarım yapılmadı. Bunlardan başka 7 olguda (4'ü pleomorfik adenom, 2'si Warthin tümörü, 1'i onkositom) geçici fasiyal parazi görüldü. Bunların tümü marjinal mandibuler sinirde görülmekle birlikte 3 tanesi House Brackmann grade III, 4 tanesi grade II idi. Takiplerde bunlar tamamen düzeldi. Pleomorfik adenomlu bir olguda postoperatif dönemde hematoma oluştu. Hasta tekrar ameliyata alındı, hematoma boşaltıldı ve kanama kontrolü sağlandı. Yine pleomorfik adenom tanılı bir başka olguda tükürük fistülü gelişti ve baskılı tampon uygulaması ile tedavi edildi.

Tartışma

Tükürük bezi tümörleri sıklıkla 30-70 yaşları arasında görülmektedir.³ Pinkstone ve Cole yaptıkları çalışmada tüm tükürük bezi tümörleri için yaş ortalamasını 55.4, benign olanlar için 55.2, malign olanlar için 56.6 olarak bildirmişlerdir.⁴ Çankaya ve ark.⁵ ise yaş ortalamasını tüm tümörlerde 41.3, benign tümörlerde 36.7 ve malign tümörlerde 46 olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması tüm tümörlerde 49.7, benign tümörlerde 48.4 ve malign tümörlerde 50.2 olarak literatürle uyumlu bulunmuştur.

Benign durumlar

Parotis bezi tükürük bezleri içinde en büyüğü olup, patolojilerin de en sık gözlemlendiği bezdir. Parotis bezin-

Tablo 4. Malign kitlelere göre uygulanan tedavi yöntemleri ve takip süreleri.

Tümör cinsi	TNM	Evre	Fasiyal sinir tutulumu	Preop. İİAB	Cerrahi	Ek tedavi	Nüks	Takip süresi (ay)
1 Mukoepidermoid karsinom	T ₁ N ₀ M ₀	1	Yok	Sonuç vermedi	SP	-	Yok	7
2 Epidermeoid karsinom	T _{4a} N ₀ M ₀	3	Var	Epidermoid karsinom	TP+FK+RBD	RT (postop), KT (met. sonrası)	Post op. 2 yıl sonra akciğer metastazı, 2 yıl sonra ex	48
3 Epidermoid karsinom	T _{4a} N ₀ M ₀	2	Var	Epidermoid karsinom	TP+FK+SOHBD	RT (postop), KT (met. sonrası)	Post op. 6 ay sonra boyunda lenf nodu metastazı, 14 ay sonra ex	20
4 Metastatik epidermoid karsinom	Met.	-	Var	Epidermoid karsinom	RP+RBD+OE	RT (postop), KT (verilemedi)	Post op. 7 ay sonra karşı boyun metastazı, 2 ay sonra ex	9
5 Asinik hücreli karsinom	T ₁ N ₀ M ₀	1	Yok	Warthin tümörü	SP	-	Yok	30
6 Adenokarsinom	T ₁ N ₀ M ₀	1	Yok	Sonuç vermedi	TP+FK+SOHBD	RT	Yok	42
7 Karsinoma ex pleomorfik adenoma	T ₁ N ₀ M ₀	1	Yok	Pleomorfik adenom	SP (hastaya 2. operasyon önerildi, kabul etmedi)	RT	Yok	36
8 Warthin tümöründen kaynaklanan epidermoid karsinom	T ₁ N ₀ M ₀	1	Yok	Warthin tümörü	SP+SOHBD	RT	Yok	36
9 Lenfoma (MALT)	-	1	Yok	Sonuç vermedi	SP	-	Yok	29
10 Lenfoma (MALT)	-	2	Yok	Sonuç vermedi	SP	RT	Yok	8
11 Lenfoma (diffüz, büyük hücreli)	-	3	Yok	Sonuç vermedi	SP	KT	Yok	2

SP: Süperfişyal parotidektomi, **TP:** Total parotidektomi, **RP:** Radikal parotidektomi, **FK:** Fasiyal sinir kesilmesi, **RBD:** Radikal boyun diseksiyonu, **SOHBD:** Supraomohyoid boyun diseksiyonu, **OE:** Orbita egzentrasyonu, **RT:** Radyoterapi, **KT:** Kemoterapi, **Met.:** Metastaz

de en sık görülen benign tümör pleomorfik adenomdur. Tüm tükürük bezi tümörlerinin %65'ini oluşturur.⁶ Pinkstone ve Cole'ün⁴ çalışmasında pleomorfik adenom parotis benign tümörlerinin %62.4'ünü oluştururken, Özeri ve ark.⁷ bu oranı %90, Gök ve ark.⁸ %78.8, Yılmaz ve ark.⁹ %61 olarak bulmuşlardır. Bu tümörler hem epitelyal hem de konnektif dokudan kaynaklanırlar. Genellikle kapsüllüdürler; cerrahi olarak tam çıkarılmazsa rekürrens gösterirler. Bu tümörlerde %1.6-9.4 oranında malign transformasyon potansiyeli mevcuttur. Maligniteye dönüşüm vücutta kalış süresi ile orantılı olarak artış gösterir.² Bizim olgularımız içinde de en sık görülen benign tümör pleomorfik adenomdu (%33). Hastalarımızın 3'ünde tümör derin lobdan kaynaklandığı için total parotidektomi yapıldı. Diğer olgulara süperfişyal parotidektomi yapıldı. Tüm olgulardaki tümörler tamamen çıkarıldı; ortalama 22.5 aylık izlemlerinde herhangi bir rekürrens veya malign transformasyon görülmedi.

Parotis bezinin ikinci sıklıkta görülen benign tümörü Warthin tümörüdür. Tüm parotis tümörlerinin %6-10'unu oluşturur.¹⁰ Gök ve ark.⁸ yaptıkları çalışmada parotis bezinde Warthin tümörü sıklığını %9, Yılmaz ve ark.⁹ %11.8 olarak bildirmişlerdir. Bu oran bizim çalış-

mamızda %24 olarak bulunmuştur. En sık altıncı dekada görülen bu tümörlerin lenfoid doku içermesi, erkeklerde daha sık görülmesi ve %10 vakada bilateral olabilmesi en önemli özellikleridir. Nüks etme oranları yüksek olduğu için total çıkarılmaları gerektiği önerilmiştir.¹⁰ Bizim olgularımız içinde bilateral Warthin tümörü nedeni ile opere ettiğimiz bir hasta olmadı. Tüm olgularda tümör total olarak çıkarıldı ve izlemlerde nüks görülmedi.

Bazal hücreli adenomlar, monomorfik adenom grubu içinde yer alırlar. Bütün tükürük bezi tümörlerinin %2'sini oluştururlar. En sık olarak parotis bezinde ve üst dudağın minör tükürük bezlerinde görülürler. Yavaş büyürler ve agresiv değildirler. Tedavileri cerrahi olarak total eksizyondur.¹⁰ Bizim beş olgumuza da süperfişyal parotidektomi yapılmıştır.

Parotis bezinin non-neoplastik hastalıkları içinde kronik sialoadenitlerin yeri önemlidir. Tükürük bezi taşları, tam tedavi edilmeyen akut enfeksiyonlar, immünolojik reaksiyonlar ve allerjik reaksiyonlar kronik sialoadenit oluşumuna neden olabilirler. Medikal tedaviye cevap vermeyen rekürren sialoadenitlerde cerrahi te-

davi önerilir.¹¹ Bizim 4 olgumuza da rekürren kronik sialoadenit nedeni ile total parotidektomi yapıldı. İzlemede hastaların yakınmaları tekrar etmedi. Bu 4 olgunun dışında, olgularımızdan birine¹² İİAB ve minör tükürük bezi biyopsisi yapıldı, ancak kronik sialoadenit ile Sjögren sendromu arasında ayırım yapılamadı. Serolojik testleri (ANA, anti-DNA, anti-SM, anti-Ro, anti-La ve proteinaz 3) negatif olarak saptanan hastaya süperfisyel parotidektomi yapıldı. Histopatoloji sonucu lenfoplazmositik infiltrasyon, duktal ektazi, glandüler atrofi olarak rapor edilen hastaya tüm bulgulara dayanarak Sjögren sendromu tanısı kondu ve immünosupresif tedavi verildi.

Parotis kistleri konjenital ve edinsel olmak üzere 2 grupta incelenirler. Lenfoepitelyal kistlerin konjenital orijinli olduğu kabul edilmektedir. Parotis kanal kistleri ve benign kistler ise sonradan meydana gelen kistlerdir.¹³ Parotis kistleri HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonunun erken dönem belirtisi olabilir.¹⁴ Özellikle HIV enfekte hastaların %3-6'sında parotiste lenfoepitelyal kistlere rastlanılmaktadır.¹⁵ Parotis kistik oluşumlarının tedavisinde değişik seçenekler bulunmakla birlikte en uygunu kistin total olarak çıkarılmasıdır.¹³ Bizim 4 olgumuzdan 2'si parotis kanal kisti, 1'i lenfoepitelyal kist, 1'i de parotis benign kisti idi. Bu olgulara süperfisyel parotidektomi yapıldı.

Granülomatöz hastalıklardan tüberküloz, tükürük bezleri içinde en sıklıkla parotis bezinde görülmektedir. Tüberküloz tanısı konduktan sonra anti tüberküloz ilaçlar tedavisi için yeterlidir. Genellikle primer odak akciğerdir.^{8,16} Gök ve ark.⁸ 112 olguluk tükürük bezi kitlesi ile ilgili yaptıkları çalışmada granülomatöz hastalık olarak en fazla tüberküloz saptamışlardır. On beş tüberküloz olgusunun 8'i parotis bezinde, 7'si submandibuler bezde bulunmuş, 10 olguda daha önceden akciğerlerde primer odağın olduğu belirlenmiştir. Bizim toplam 3 olgumuz mevcuttu. Bunlardan 1'inde bilateral parotis bezinde şişlik mevcuttu. Operasyon öncesinde alınan İİAB'nin yeterli sonuç vermemesi üzerine bir tarafa süperfisyel parotidektomi yapıldı. Histopatoloji ve PCR sonucuna göre antitüberküloz ilaç tedavisi başlandı ve karşı taraftaki kitlede de gerileme görüldü. Güneri ve ark.¹⁷ klinik ve radyolojik olarak malignensiyi taklit eden, tanısı PCR ile konulan parotis tüberkülozu olgusu sunmuşlar ve parotis tüberkülozu tanısında PCR'in

önemini belirtmişlerdir. Diğer iki olgu tek taraflıydı. İİAB yeterli sonuç vermeyince süperfisyel parotidektomi yapıldı. Histopatoloji sonucuna göre antitüberküloz ilaç tedavisi verildi ve iyileşme sağlandı. Olgularda yapılan sistemik tüberküloz incelemeleri sonucunda parotis bezinden başka bir primer odak bulunamadı.

Malign oluşumlar

Boynun tedavisi: Boyunda klinik olarak belirgin metastaz varsa primer kanser rezeksiyonu ile birlikte boyun diseksiyonu yapılır. Bu da hastalığın yayılımına göre modifiye radikal ya da radikal tarzda olabilir. Klinik olarak N0 boynun tedavisi ise tartışmalıdır. Literatürde elektif boyun diseksiyonunun ne endikasyonları ne de tipi konusunda iyi bir tanımlama bulunmaktadır. Buna karşın yapılan çalışmalardan elde edilen sonuç; ilerlemiş hastalık (T₃-T₄) ve yüksek dereceli tümörlerin (indiferansiye karsinom, yüksek grade adenoid kistik ve mucoepidermoid karsinom, epidermoid karsinom, adenokarsinom ve salivary duktal karsinom) varlığının gizli bölgesel hastalığı göstermede göreceli olarak yüksek anlam taşıdığıdır. Bu nedenle bu hastalarda bir elektif boyun diseksiyonu yapılması önerilmiştir. Bu gibi olgularda evreleme amacı ile supraomohyoid boyun diseksiyonu kullanılabilir. Bunun aksine tükürük bezlerinin düşük dereceli malignansileri için elektif boyun diseksiyonu endikasyonunun olmadığı düşünülmektedir.¹⁸ Biz olgularımızdan beşine boyun diseksiyonu yaptık. Bunlardan ikisi radikal boyun diseksiyonu (T_{4a}, metastatik epidermoid), üçü supraomohyoid diseksiyonu (T_{4a} epidermoid, T₁ adenokarsinom, T₁ Warthin tümöründen kaynaklanan). Yapılan cerrahiler yukarıda anlatılan yaklaşımla uyumlu olmakla birlikte T_{4a} epidermoid karsinom olgusundaki supraomohyoid diseksiyonun yetersiz kaldığı gözlemlenmiştir. Bu gibi olgularda radikal davranılması gerektiği düşünülmektedir.

Parotis bezinin en sık görülen malign tümörü mucoepidermoid karsinomdur.¹⁹ Lima ve ark.²⁰ parotis malign tümörü nedeni ile opere ettikleri 126 olguluk seri içinde 40 olguda (%31.7) mucoepidermoid karsinom bulmuşlardır. Yılmaz ve ark.⁹ araştırmalarında 118 malign parotis bezi tümörü içinde histopatolojik olarak en sık (%29.7) mucoepidermoid karsinom saptamışlardır. Çankaya ve ark.⁵ 15 olguluk parotis malign tümörleri içinde en sık (%13.3) mucoepidermoid karsinom görmüş-

lerdir. Parotis tümörlerinin düşük ya da yüksek dereceli olmalarına göre tedavi yaklaşımları değişebilmektedir. Yüzeyel lobtan kaynaklanan, fasiyal sinirin lateralindeki, düşük dereceli tümörlerde sadece süperfisyal parotidektomi yeterli olabilmektedir.¹⁸ Mukoepidermoid karsinom en sık görülen malign tümör olmakla birlikte bizim olgularımız içinde bir olguya rastlandı. Olgumuzun operasyon öncesi yapılan İİAB sonucu tanı koydurucu değildi. Kitle yüzeyel lobta idi. Operasyon esnasında gönderilen frozen sonucu Warthin tümörü olarak rapor edilince süperfisyal parotidektomi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu düşük grade mukoepidermoid karsinom olarak rapor edildi. T₁N₀M₀ olarak kabul edilen, ilave bir tedavi uygulanmayan, yaklaşık 5 aydır takibimizde olan hastada herhangi bir nüks saptanmadı.

Olgularımız içinde en sık saptanan parotis bezi malign tümörü 3 olgu (%27.5) ile epidermoid karsinom idi. Bunlardan biri metastatik epidermoid karsinom iken (primer odak gözde kapak cildinde idi), diğer ikisi primer parotis bezi epidermoid karsinomuydu. Bova ve ark.²¹ parotidektomi yaptıkları 170 olgu içinde malign tümör olarak en sık 35 olgu (%20.6) ile primeri baş-boyun cildi olan skuamöz hücreli karsinom belirtmişlerdir. Epidermoid karsinomlar aslında parotis bezinde çok nadir görülmektedirler. Tüm parotis tümörlerinin % 0.1-3.4'ünü oluştururlar.¹⁸ Flynn ve ark.²² 370 parotis tümörlü olgularından sadece 8'inde (%2) primer parotis bezi skuamöz hücreli karsinomu olduğunu bildirmişlerdir. Bu tümörler kronik inflamasyona sekonder duktal epitelin metaplazisi sonucu gelişirler. Olguların %50-70'inde bölgesel lenf nodu metastazı bulunur. Fasiyal sinir tutulumu olan olgularda 5 yıllık hayatta kalım oranı %10-25 arasında değişir. Tedavileri total parotidektomiye ilaveten boyun diseksiyonu ve radyoterapiyi içermedir. Fasiyal sinir invazyonu mevcutsa tutulu sinir segmenti de spesmene dahil edilmelidir.^{18,21,22,23} Malign olgularımızın çoğunun epidermoid karsinom olması büyük olasılıkla toplam olgu sayımızın azlığına bağlıdır. Üç olgumuzdan birinde primer göz kapağı epidermoid karsinomu mevcuttu. Fasiyal sinir paralitik idi. Parotise metastaz yaptığı kabul edilen bu olgumuza Johnson'ın²⁴ tariflediği gibi radikal parotidektomi yapıldı. Ayrıca orbita egzenterasyonu ve radikal boyun diseksiyonu yapıp radyoterapi verildi. Diseksiyon esnasında karotis kılıfına invazyon saptandı. Boyun spesmeninde lenf no-

du metastazı bulunmayan bu olgumuzda 7 ay sonra boyunda aynı tarafta bölgesel nüks saptandı. Kemoterapi önerilen ama tedaviyi kabul etmeyen hastanın nüks saptanmasından 2 ay sonra eksitus olduğu öğrenildi. Olgulardan diğerinde operasyon öncesinde fasiyal paralizi mevcuttu. T_{4a}N₀M₀ olarak kabul edildi ve total parotidektomi, fasiyal sinirin spesmene dahil edilmesi ve supraomohyoid boyun diseksiyonu yapıldı. Boyun spesmeninde reaksiyoner lenf nodu ve yalnızca fasiyal sinir kılıfında tümör saptanan hastaya postoperatif radyoterapi verildi. Postoperatif 6. ayda boyunda alt juguler bölgede lenf nodu metastazı saptanan hastaya tamamlayıcı boyun diseksiyonu yapıldı. Yaklaşık 20 ay takibimizde kalan, postoperatif kemoterapi verilen hasta uzak metastazlar nedeniyle kaybedildi. Diğer olgumuzda yine operasyon öncesi fasiyal paralizi vardı ve ciltte büllöz lezyonlar mevcuttu.²⁵ Cilt lezyonlarının histopatolojik incelemesi sonucu büllöz pemfigoid tanısı kondu. İlaç tedavisi ile bu lezyonları gerilemeyen, T_{4a}N₀M₀ olarak kabul edilen olguya total parotidektomi, fasiyal sinirin spesmene dahil edilmesi ve modifiye radikal boyun diseksiyonu tip 3 yapıldı. Histopatolojik incelemede fasiyal sinirde ve lenfovasküler yapılarda invazyon saptandı ve postoperatif radyoterapi verildi. Operasyon sonrası cilt lezyonlarında gerileme görülen hastada 2 yıl sonra akciğer metastazı saptandı. Kemoterapi verilmesine rağmen postoperatif 4. yıl sonunda hasta eksitus oldu.

Asinik hücreli karsinom parotis tümörlerinin %3'ünü oluşturur.¹⁰ Bu tümörlerin %95'i parotiste görülür. Yılmaz ve ark.⁹ 118 parotis malign tümörlü olgunun 16'sında (%13.6) asinik hücreli karsinom görmüşlerdir. Lima ve ark.'nın²⁰ 126 olguluk parotidektomi yaptıkları parotis bezi malign tümörleri içinde 18 olguda (%14.3) asinik hücreli karsinom saptanmıştır. Bu tümörlerin tükürük bezinin seröz asiner hücrelerinden veya interkalar duktuslardaki rezerv hücrelerden köken aldığı ileri sürülmektedir. Bu tümörlerin bilateral olma olasılıkları vardır. Fasiyal sinir tutulumu yapabilir ve hızlı büyüme gösterebilirler. Metastaz yapmaya ve rekürrens göstermeye eğilimlidirler.¹⁰ Kim ve Mathog²⁶ parotis bezi asinik hücreli karsinomu nedeni ile takip ettikleri 11 olguda tedavi olarak fasiyal siniri koruyarak süperfisyal ya da total parotidektomi yapmışlar, bu hastalardan birinde eşlik eden adenokarsinom olduğu için biraz daha radikal davranmışlar, 4 olguya adjuvan radyoterapi vermiş-

ler ve 15 yıllık takiplerinde rekürrens ve metastaza rastlamamışlardır. Düşük grade tümörlerde özellikle yüzeysel lobda yerleşimli tümörlerde süperfisyal parotidektomi yapılabilmektedir.¹⁸ Postoperatif radyoterapi yüksek grade'li tümörlerde, perinöral invazyon saptandığında, cerrahi marjin pozitifliğinde, lenf nodu metastazında verilebilmektedir.²⁷ Bizim tek olgumuza İİAB sonucu Warthin tümörü ön tanısı ile süperfisyal parotidektomi yapıldı. Operasyon esnasında fasiyal sinir korundu. Histopatolojik inceleme sonucu asinik hücreli karsinom olarak rapor edilen tümör T₁N₀M₀ olarak kabul edildi. Uzun yıllar sonra bile rekürrens gelişme olasılığı olan bu tümörde, radyoterapi verilmesini gerektirir özelliği olmadığı için radyoterapi verilmeyen olgumuzun henüz 2.5 yıllık takibinde herhangi bir nüks gözlenmemiştir.

Adenokarsinom minör tükürük bezlerinde majör tükürük bezlerinden daha sık görülür. Tükürük bezi tümörlerinin %1'inden azını oluşturur.¹⁰ Lima ve ark.²⁰ 126 olguluk malign parotis tümörü serisinde 18 olgu (%14.3) saptamışlardır. Yılmaz ve ark.⁹ parotidektomi yaptığı 118 malign parotis tümörü içinde 3 olgu (%2.5) saptamışlardır. Agresif yapıları nedeniyle bu tümörler lokal rekürrens ve uzak metastaz yaparlar. Nagao ve ark.'in²⁸ tükürük bezi adenokarsinomlu 3 olgusundan 2'si (%10) parotis bezi ve birisi de submandibuler bezde rastlanmıştır. Parotis bezi adenokarsinomlu bu olgulardan birine total parotidektomi, boyun diseksiyonu ve fasiyal sinir rezeksiyonu yapılırken, diğer olguda operasyondan yaklaşık 3.5 yıl sonra rekürrens görülmüş, opere edilip radyoterapi verilmiştir. Bu tümörlerin tedavilerinde fasiyal sinir intakt ise, total parotidektomi ve elektif boyun diseksiyonu önerilmektedir. Postoperatif radyoterapi özellikle yüksek grade'li tümörlerde, sinir invazyonunda verilebilmektedir.²⁷ Bizim tek olgumuzda tümör yüzeysel ve derin lob birleşim yerinde idi. Preoperatif fasiyal sinir fonksiyonları salimdi. İİAB tanı koydurucu değildi. Olgumuza total parotidektomi yapıldı. Tümör fasiyal sinire invaze olduğu için spesimine dahil edildi ve supraomohyoid boyun diseksiyonu yapıldı. T₁N₀M₀ olarak kabul edilen hastaya postoperatif dönemde radyoterapi verildi. 3.5 yıllık izlem sonucunda herhangi bir nüks ve metastazı olmayan hasta, hastaliksız olarak yaşamaktadır.

Karsinoma ex pleomorfik adenoma, %1.5-12 oranında görülür.²⁹ Bu tümörün oluşumu tartışmalı olup, daha

önceden bulunan bir pleomorfik adenomdan mı köken aldığı, yoksa de novo yolla mı oluştuğu net olarak bilinmemektedir. Malign mikst tümörden epitelyal komponentinin malign karakter göstermesi ile ayrılır.²⁹ No-urrae ve ark.³⁰ karsinoma ex pleomorfik adenomlu 28 olgudan %25'inin daha önceden pleomorfik adenom nedeni ile opere edildiğini diğerlerinde böyle bir öykü olmadığını bildirmişlerdir. Bu tümörlerin agresif davrandığını, yetersiz tümör rezeksiyonunun prognozdaki en önemli faktör olduğunu bunun için tedavi olarak parotidektomiye ek olarak radyoterapi verdiklerini belirtmişlerdir.³⁰ Bizim tek olgumuzda İİAB sonucunun pleomorfik adenom gelmesi üzerine süperfisyal parotidektomi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu karsinoma ex pleomorfik adenoma olarak rapor edildi. Hastanın daha önceden bilinen bir pleomorfik adenom öyküsü yoktu. T₁N₀M₀ olarak sınıflandırılan hasta tekrar bir operasyonu kabul etmeyince adjuvan radyoterapi verildi. 3 yıllık izlem sonucunda herhangi bir nükse rastlanmadı.

Warthin tümöründen kaynaklanan epidermoid karsinom oldukça nadirdir. Warthin tümöründen malign lezyon gelişme sıklığı %0.3 olarak bildirilmiştir.³¹ Danjanov ve ark.³² Warthin tümöründen kaynaklanan 4'ü adenokarsinom, 3'ü skuamöz hücreli karsinom, 2'si indifferansiye karsinom olan 9 olgu bildirmişlerdir. Bu tümörlerin oluşum mekanizması net olarak bilinmemektedir. Danjanov ve ark.³² bu tümörden gelişen epidermoid karsinomun bir odaktaki skuamöz metaplaziden kaynaklandığını öne sürmüştür. Bizim bir olgumuzda İİAB sonucu Warthin tümörü olarak tanı konuldu, tedavi olarak süperfisyal parotidektomi yapıldı. Fasiyal sinir ana turunkusu tümörden zorlukla sıyrıldı. Histopatolojik inceleme sonucu Warthin tümöründen kaynaklanan epidermoid karsinom olarak rapor edildi.³³ Bunun üzerine tekrar operasyona alınan, parotis bezinden frozen gönderilen, bunun sonucu tümör saptanmayan hastaya sadece supraomohyoid boyun diseksiyonu yapıldı. Boyun spesmeninde lenf nodu metastazı saptanmayan, T₁N₀M₀ olarak kabul edilen hastanın parotis bölgesine adjuvan radyoterapi verildi. 3 yıldır izlemde olan hasta da nüks ya da metastaz gözlenmedi.

Parotis bezi malign lenfomaları tükürük bezinin nadir görülen tümörlerinden olup tüm parotis bezi malign tümörlerinin %0.2-0.8 oluşturur.³⁴ Von Stritzky ve ark.³⁴ çalışmasında 18 malign parotis tümörü içinde 7 olguda

(%38) lenfoma saptanmıştır. Bu olgulardan 4'ü non-Hodgkin lenfoma, 1'i Hodgkin lenfoma, 1'i immunoblastoma, 1'i de immunositoma imiş. Olgulardan 5'ine superfisyal parotidektomi yapmışlar, 1'ine eksizyon, 1'ini de eksplore edip insizyonel biyopsi almışlardır. Olgulardan bir kısmını başka bir tedavi uygulamadan takibe almışlar, bir kısmına sadece radyoterapi, bir kısmına sadece kemoterapi, geri kalanına da hastalığın seyrine göre hem radyoterapi hem de kemoterapi vermişlerdir. Non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfomaya göre tükürük bezinde daha sık görülmektedir. Sık relaps göstermelerine rağmen prognozları iyidir.³⁵ Tedavileri başlangıçtaki cerrahiye ilaveten erken evrelerde radyoterapi, ileri olgularda kemoterapi uygulaması şeklindedir.³⁶ Tükürük bezlerinin evre 1-2 düşük grade muakoza ile ilişkili lenfoid dokudan köken alan (MALT) lenfomalarında kesin bir tedavi şekli netleşmemiştir.³⁷ Bizim 3 olgumuza operasyon öncesi yapılan İİAB ile kesin tanı konulmadığı için superfisyal parotidektomi yapılmıştır. Olgularımızdan biri³⁸ evre 1, diğeri evre 2 düşük grade, B hücreli MALT lenfoma iken, üçüncü olgu ise evre 3 diffüz, büyük, B hücreli non-Hodgkin lenfoma idi. Evre 2 olgumuza postoperatif dönemde radyoterapi verilirken evre 3 olgumuza postoperatif dönemde kemoterapi verildi. Evre 1 olgumuza postoperatif dönemde ilave bir tedavi verilmeyip sadece takibe alındı. Takipte olan üç hastamızda da herhangi bir relaps mevcut değildir.

Hoşal,³⁹ 1971 yılında yayınladığı araştırmasında 40 parotis kitlesi olgusundan ilk olarak kliniklerine müracaat eden 28 olgunun teşhis ve tedavilerini kendilerinin planlayarak yaptığını ve bu olguların takiplerinde herhangi bir nükse rastlanmadığını bildirmiştir. Tümör olan daha önce çeşitli kliniklerde teşhis edilen, tedavileri yapılan, bazılarının da biyopsisi yapılan diğeri 12 olgunun 3'ünün eksitus olduğunu belirtmiştir. Kendi sonuçlarını örnek göstererek tedavi prensibi olarak parotis bölgesindeki her kitle ve şişliğin malign olarak düşünülmesini ve ona göre tedavi planının yapılması gerektiğini bildirmiştir.

Malign tümörlerin tedavisi sırasında fasiyal sinir sakrifiye edilecek olursa sinir çıkarılan kısmın boyutuna bağlı olarak ya kesilen kenarların direk nörorafisi ile ya da bir kablo greft aracılığı ile onarılmalıdır. Paralizili yüz erken dönemde rehabilite edilmelidir. Tam

paralizilerde göz kapağına altın ağırlık implantı rutin olarak yerleştirilmelidir. Eğer fasiyal sinir onarılmaz ise felçli yüzün statik ya da dinamik rehabilitasyonu için bir ya da daha fazla cerrahi müdahale gerekebilir.¹⁸ Biz fasiyal siniri sakrifiye ettiğimiz dört olgumuzda intraoperatif onarım yapmadık ancak ileride yapılacak rekonstrüksiyon girişimleri için fasiyal sinirin kesilen uçlarına işaret koyduk. Bununla birlikte rutin olarak hastaların göz kapaklarına altın ağırlık implantı yerleştirdik.

Parotis kanserlerinde prognozu etkileyecek faktörler olarak yaş, cins, tümör tipi, büyüklüğü, evresi, grade'i, parotis içerisindeki lokalizasyonu, boyunda adenopati, fasiyal paralizi, çevre dokulara invazyon, cerrahi sınırdaki tümör, perinöral ve vasküler invazyon varlığı ve p53 over ekspresyonu sıralanabilir.^{1,40,41} Çakmak ve ark.⁴¹ parotis kanseri olan 52 olgulu incelemede p53 pozitifliğini iyi prognoz göstergesi olarak bulmuşlar yalnız parotis kanserlerinin değişik histopatolojik özelliklere ve prognoza sahip alt gruplarında p53 pozitifliğini farklı oranlarda saptadıkları için tümör tiplerinin tek tek ele alınarak p53 over-ekspresyonunun prognoz üzerine etkilerinin araştırılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Sonuç

Sonuç olarak bizim de sınırlı sayıda olgumuzda uyguladığımız tedavi yaklaşımlarımız, literatürdeki geniş olgu serilerinde uygulanan tedavi yaklaşımları ile uyumlu görülmektedir. Tükürük bezi benign kitlelerinin tedavisinde superfisyal parotidektomi yeterlidir. Derin lobdan kaynaklanan benign kitlelerde total parotidektomi yapılmalıdır. Parotis bezinin malign tümörlerinde ise superfisyal, total ya da radikal parotidektomi seçeneklerinden uygun olanı seçilmelidir. Bu olgularda fasiyal sinir invazyonu mevcutsa fasiyal sinir de spesme dahil edilmeli, ek olarak boyun diseksiyonu yapılmalı ve gerekli olgularda radyoterapi ve kemoterapi ile tedavi tamamlanmalıdır. Özellikle malign tümörlerde hastaların uzun süreli izlenmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Çuhruk Ç, Saatçi MR, Demireller A, Vural E. Parotis malign tümörleri hakkındaki klinik gözlemlerimiz ve tedavi prensiplerimiz. *Türk Arch Otolaryngol* 1995; 33: 212-22.
2. Keller AZ. Residence, age, race, and related factors in the survival and associations with salivary tumors. *Am J Epidemiol* 1969; 90: 269-77.

3. **Shaheen OH.** Benign salivary gland tumours. In: Hibbert J, editor. Scott Brown's otolaryngology. Vol 5. 6th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997. p. 1-180.
4. **Pinkston JA, Cole P.** Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 834-40.
5. **Çankaya H, Egeli E, Kırış M, Kutluhan A.** Tükürük bezi tümörleri. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 2001; 3: 17-23.
6. **Buchman C, Stringer SP, Mendenhall WM, Parsons JT, Jordon JR, Cassisi NJ.** Pleomorphic adenoma: effect of tumor spill and inadequate resection on tumor recurrence. *Laryngoscope* 1994; 104: 1231-4.
7. **Özeri C, Ünver Ş, Samim E, Eryılmaz A.** Tükürük bezi tümörleri. *Türk Arch Otolaryngol* 1990; 29: 173-5.
8. **Gök Ü, Yalçın Ş, Kaygusuz İ, Keleş E, Çetinkaya T, Alpay HC.** Tükürük bezi kitelleri: 112 olgunun analizi. *Türk Arch Otolaryngol* 2001; 39: 104-8.
9. **Yılmaz T, Ünal ÖF, Saraç S, et al.** Parotis bezi tümörleri: 593 olgulu deneyim. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2000; 8: 33-9.
10. **Kaya S.** Tükürük bezi hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997.
11. **Rice DH.** Nonneoplastic diseases of the salivary glands. In: Paparella MM, editor. Otolaryngology. Vol 3. 3th ed. Philadelphia: Saunders; 1993. p. 475-86.
12. **Yılmaz İ, Erdem A, Çağıcı CA, Yavuz H, Bal N, Özlüoğlu LN.** Parotid magnetic resonance imaging, sialography, and parotid biopsy for diagnosis of Sjögren's syndrome in a patient with negative serology. *J Otolaryngol* 2005; 34: 199-203.
13. **Pieterse AS, Seymour AE.** Parotid cysts: an analysis of 16 cases and suggested classification. *Pathology* 1981; 13: 225-34.
14. **Sperling NM, Lin RT, Lucente FE.** Cystic parotid masses in HIV infection. *Head Neck* 1990; 12: 337-41.
15. **Favia G, Capodiferro S, Scivetti M, Lacaíta MG, Filosa A, Lo Muzio L.** Multiple parotid lymphoepithelial cysts in patients with HIV- infection: report of two cases. *Oral Dis* 2004; 10: 151-4.
16. **Yalçın Ş, Çelik O, Çelik P, Yanık H, İnan E, Ağaoğlu A.** Tuberculosis of the parotid gland. *Turkish Journal of Medical Sciences* 1995; 23: 313-6.
17. **Güneri EA, İkiz AO, Atabey N, İzci O, Sütay S.** Polymerase chain reaction in the diagnosis of parotid gland tuberculosis. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 494-6.
18. **Hanna EYN, Suen JY.** Malignant tumors of the salivary glands. In: Myers EN, Suen JY, Myers JN, Hanna EYN, editors. Cancer of the head and neck. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 475-510.
19. **Spiro RH, Gleason RE.** Cancer of the parotid gland: A clinicopathologic study of 288 primary cases. *Am J Surg* 1975; 130: 452-9.
20. **Lima RA, Tavares MR, Dias FL, et al.** Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133: 702-8.
21. **Bova R, Saylor A, Coman WB.** Parotidectomy: review of treatment and outcomes. *ANZ J Surg* 2004; 74: 563-8.
22. **Flynn MB, Maguire S, Martinez S, Tesmer T.** Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland: the importance of correct histological diagnosis. *Ann Surg Oncol* 1999; 6: 768-70.
23. **Lee S, Kim GE, Park CS et al.** Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland. *Am J Otolaryngol* 2001; 22: 400-6.
24. **Johnson JT.** Parotid. In: Myers EN, Carrau RL, editors. Operative otolaryngology head and neck surgery. Vol 1. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 1997. p. 504-33.
25. **Çakmak Ö, Seçkin D, Çeken I, Yılmaz İ, Akkuzu B, Özlüoğlu L.** Bullous pemphigoid associated with parotid carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127: 354-6.
26. **Kim SA, Mathog RH.** Acinic cell carcinoma of the parotid gland. A 15-year review limited to a single surgeon at a single institution. *Ear Nose Throat J* 2005; 84: 597-602.
27. **Tullio A, Marchetti C, Sesenna E, Brusati R, Cocchi R, Eusebi V.** Treatment of carcinoma of the parotid gland: the results of a multicenter study. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 263-70.
28. **Nagao T, Gaffey TA, Kay PA, Minato H, Serizawa H, Lewis JE.** Polymorphous low grade adenocarcinoma of the major salivary glands: report of three cases in an unusual location. *Histopathology* 2004; 44: 164-71.
29. **Papa F, Saggiocco R, Cosimo O, et al.** Consideration on a case of carcinoma ex pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Minerva Stomatol* 1997; 46: 615-20.
30. **Nouraei SA, Hope KL, Kelly CG, McLean NR, Soames JV.** Carcinoma ex benign pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 1206-13.
31. **Batsakis JG.** Pathology consultation. Carcinoma ex papillary cystadenoma lymphomatosum. Malignant Warthin's tumor. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987; 96: 234-35.
32. **Danjanov I, Sneff EM, Delorme AN.** Squamous cell carcinoma arising in a Warthin's tumor of the parotid gland. A light, electron microscopic and immunohistochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983; 55: 286-90.
33. **Bolat F, Kayaselçuk F, Erkan AN, Çağıcı CA, Bal N, Tuncer İ.** Epidermoid carcinoma arising in Warthin's tumor. *Patol Oncol Res* 2004; 10: 240-42.
34. **Von Stritzky M, Wereldsma JC, Pegels JG.** Parotid mass as first symptom of a malignant lymphoma. *J Surg Oncol* 1998; 67: 25-7.
35. **Dunn P, Kuo T, Shih LY, et al.** Primary salivary gland lymphoma: a clinicopathologic study of 23 cases in Taiwan. *Acta Haematol* 2004; 112: 203-8.
36. **Barnes L, Myers EN, Prokopakis EP.** Primary malignant lymphoma of the parotid gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 573-7.
37. **Takahashi H, Cheng J, Fujita S, et al.** Primary malignant lymphoma of the salivary gland: a tumor of mucosa associated lymphoid tissue. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 318-25.
38. **Erkan AN, Çağıcı CA, Aka-Bolat F, Özlüoğlu LN.** A case of mucosa associated lymphoid tissue lymphoma of the parotid gland. *Kulak Burun Boğaz İbtis Derg* 2005; 14: 87-91.
39. **Hoşal İN.** On yılda parotis tümörleri ameliyatlarından aldığımız sonuçlar. *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni* 1971; 4: 226-31.
40. **Luna MA.** Pathology of tumors of the salivary glands. In: Thawley SE, Panje WR, Batsakis J, Lindberg RD, editors. Comprehensive management of head and neck tumors. Vol 2. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 1987. p. 1056-89.
41. **Çakmak HÖ, Akyol MU, Hoşal Ş, Sungur A, Kaya S.** Parotis kanserlerinde P53 ekspresyonu; klinik ve histopatolojik parametreler ile ilişkisi ve prognoza etkileri. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1997; 4: 247-53.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Alper Nabi Erkan

Başkent Seyhan Hastanesi
Baraj Yolu 1.Durak
Seyhan Adana
Tel: 0 322 458 68 68
e-posta: alpernabierkan@yahoo.com