

# Parotis Bezi Kaynaklı Miyoeptilyoma: Olgu Sunumu

H. Özek, E. Karaman, L. Dereköylü, A. Mamak, M. Pamukçu, S. Yılmaz, İ. Çetinaslan Türkmen

## Myoepithelioma of the parotid gland: a case report

Myoepitheliomas are rare tumours of the salivary glands and make up less than 1% of all salivary gland tumours. Unlike pleomorphic adenoma, these tumors lack any ductal epithelial differentiation, and manifest a minor stromal element. Most of these tumours are located in the parotid gland. Due to their infrequency and multiplicity of histopathology, myoepitheliomas present difficulties in diagnosis and classification. A 64-years-old female patient presented with a slow growing, painless mass in right parotid region. The patient underwent a right partial parotidectomy and the pathological diagnosis was benign myoepithelioma. Together with a review of the literature, considerations are presented on the clinical and pathological evaluation, differential diagnosis and treatment of these lesions.

**Key Words:** Salivary gland neoplasms, myoepithelioma, parotid gland, pathology.

## Özet

Miyoeptilyoma tüm tükürük bezi tümörlerinin %1'inden daha azını oluşturan nadir bir patolojidir. Pleomorfik adenomlardan farklı olarak duktal epitelyal oluşumlar bulunmaz ve stromal elemanlar çok az gelişmiştir. En sık parotiste karşımıza çıkan bu tümörün tanısında histopatolojik çeşitliliğinden dolayı bazen güçlükler yaşanabilmektedir. Sağ parotise uyan bölgede ,yavaş büyüme eğilimi gösteren kitle nedeni ile parsiyel parotidektomi uygulanan ve patolojik tanısı miyoeptilyoma ile uyumlu gelen 64 yaşında bayan hasta, klinik ve patolojik özellikleri ile birlikte literatür gözden geçirilerek sunuldu.

**Anahtar Sözcükler:** Tükürük bezi neoplazmaları, miyoeptilyoma, parotis, patoloji.

Turk Arch Otolaryngol, 2004; 42(2): 112-117

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2004; 42(2): 112-117

## Giriş

Miyoeptilyal hücreler majör ve minör tükürük bezleri, lakrimal bezler, ter bezleri, meme ve prostat gibi sekresyon fonksiyonu olan bir çok dokuda bulunurlar.<sup>1,2</sup> Ektoderm kaynaklı olan bu hücreler düz kas hücreleri gibi davranabilen kontraktıl yapılarıdır. Miyoeptilyal hücreler, normal asiniler ve küçük duktusların epitel tabakası ve bazal laminası arasına yerleşmiştir.<sup>3</sup>

Bazı yazarlar miyoeptilyal hücrelerin pleomorfik adenom, adenoid kistik karsinom, saliver duktus karsinomu gibi tükürük bezi neoplazilerinin gelişiminde kesin rol aldığını düşünürken<sup>2</sup> bazıları ise

Dr. Hüsnü Özek, Dr. Emin Karaman, Dr. Levent Dereköylü, Dr. Aydın Mamak, Dr. Muhammet Pamukçu, Dr. Süleyman Yılmaz  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul  
Dr. İlknur Çetinaslan Türkmen  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

söz konusu hücrelerin tümörlerin oluşumunda pasif rol oynadığını ileri sürmektedir.<sup>4</sup>

Miyoeptilyomalar nadir görülen selim tükürük bezi tümörlerinden olup elektron mikroskopik incelemede ağırlıklı olarak miyoeptel hücrelerden oluşurlar.<sup>5</sup> Stromal elemanlara çok az rastlanırken duktal elemanlar ise ya hiç bulunmaz ya da %10'un altındadır. Bu tümörler ve pleomorfik adenomlar benzer sitomorfolojik ve biyolojik özelliklere sahip olmakla birlikte miyoeptilyomalar duktal ve kondroid/miksoid stromadan yoksundur.<sup>5</sup> Pleomorfik adenomda ise hem epitelyal hem de mezenkimal değişim birlikteliği söz konusudur.<sup>6</sup> Hem miyoeptilyoma hem de pleomorfik adenomun miyoeptel hücrelerinden geliştiğine inanılmakta olup bu iki antiteyi ayırtetmede çoğu araştırmacı tarafından kullanılan parametre duktal diferensiyasyonun derecesidir.<sup>7</sup>

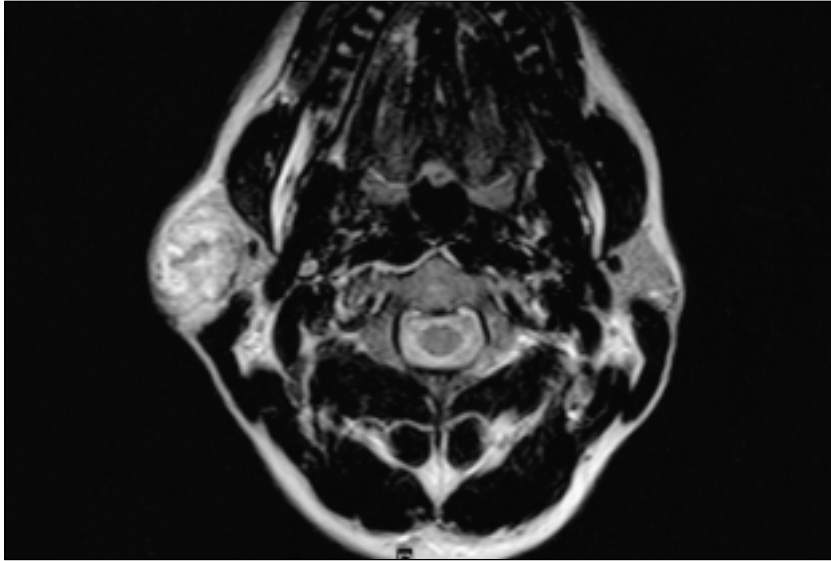
Tüm tükürük bezi neoplazilerininin %1'ini oluştururlar ve malign formu çok daha nadirdir.<sup>8</sup> Morfolojik olarak dört tip histolojik varyantı bulunur; iğsi (spindle cell) hücreli, plasmositoid hücreli, glikojenden yüklü berrak hücreli (clear cell) ve intermediate form.<sup>5</sup> Bu yazıda, parotis bezi kaynaklı miyo-

epitelyoma tanılı bir olgu, klinik ve patolojik özellikleri ile sunuldu.

### Olgu

Yüzünün sağ tarafında parotise uyan bölgede yaklaşık 10 senedir yavaş büyüme eğilimi gösteren ağrısız kitle nedeniyle başvuran 64 yaşında bayan hastanın fizik muayenesinde sağ parotis bölgesinde 5x6 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Kitle düzgün yüzeyle, yarı hareketli ve solid kıvamlıydı. Kitlenin büyüklüğüne rağmen fasiyal sinir fonksiyonları normaldi. Boyunda lenfadenopati saptanmadı.

Boyun ultrasonografik incelemesinde, sağ parotis kuyruğunda solid, yer yer kistik alanlar içeren, düzgün sınırlı, 4.5x5 cm boyutlarında kitle gözlemlendi. Boyun ve parotis manyetik rezonans tetkikinde, sağ parotis glandı yüzeyle lobunu kaplayan, 4.5x4x3 cm boyutlarında, düzgün kontürlü, heterojen iç yapıda, glanda göre hiperintens, solid kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde atipik hücrelerin görülmesi üzerine parsiyel parotidektomi yapılması kararı alındı.



Resim 1. Parotis yüzeyel lobu kaplayan kitlenin T2 ağırlıklı aksiyal MR kesiti görüntüsü.

Hastanın genel anestezi altında fasiyal sinir trunkusu bulundu. Servikofasiyal dal takip edilip ortaya koyulduktan sonra kitle ile birlikte çevre normal parotis dokusu çıkartıldı (Resim 2). Kitle kapsüllü, düzgün sınırlı ve solid kıvamlı olup yer yer kistik alanlardan oluşmaktaydı. Postoperatif dönemde fasiyal sinir fonksiyonlarında herhangi bir anormallik saptanmadı. 14 ay boyunca izlenen hastada nüks ve Frey sendromu lehine bir bulgu saptanmadı.

#### Patolojik bulgular

Makroskopik olarak 4x3.5x3 cm boyutlarında, kapsüllü, elastik kıvamlı, pembe-beyaz renkli tümöral kitle görüldü. Kitlenin kesit yüzeyinde yer yer kanama ve kistik dejenerasyon alanları mevcuttu.

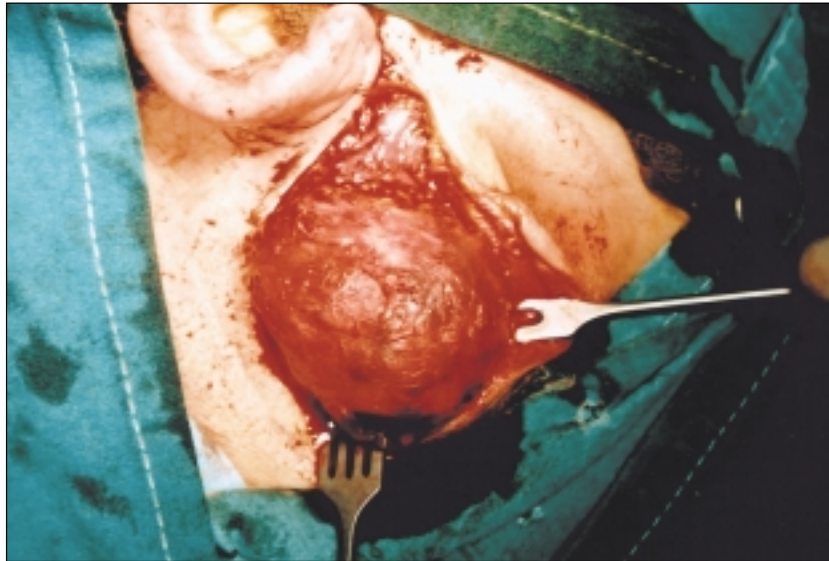
Mikroskopik incelemede kalın fibröz kapsülle tükürük bezinden ayrımı olan tümör, belirgin pleomorfizm göstermeyen, ince kromatinli yuvarlak çekirdekli iğsi hücrelerden oluşuyordu. Zayıf vasküler stroma içinde bu hücreler belirgin bir patern oluşturmuyordu (Resim 3). Doku örneklerinde yer yer hemoraji alanları mevcuttu. Bir doku örneğinde kapsül invazyonu görüldü. 50 büyük büyütme ala-

nında 1 adet mitoz saptandı. Tümörden alınan doku örneklerinde pleomorfik adenom yönünde bulgu saptanmadı. İmmünohistokimyasal inceleme amacıyla S-100 protein, yüksek molekül ağırlıklı keratin (HWK), düşük molekül ağırlıklı keratin (LWK), Ki-67, P53 antikorları (DAKO, Carpinteria, CA, USA) kullanıldı. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri S100 protein ile %100 pozitif reaksiyon (Resim 4), HWK ile %80 kuvvetli pozitif reaksiyon, LWK ile %30 oranında pozitif reaksiyon verdi. Proliferasyon işaretleyicilerinden Ki-67 primer antikoruna ile 100 tümör hücresinde %14 pozitif reaksiyon; P53 antikoruna ile de 100 tümör hücresinde %1 pozitif reaksiyon saptandı.

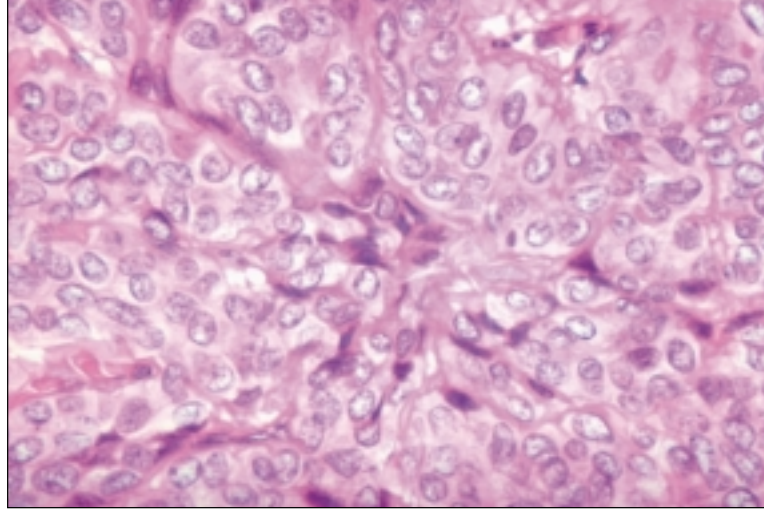
Kan ve lenf damarı invazyonu perinöral invazyon ve tümör nekrozu saptanmadı. Bu bulgular ile tümör miyoepitelyoma tanısı aldı.

#### Tartışma

Miyoepitelyal hücreler majör ve minör tükürük bezleri, lakrimal bezler, ter bezleri, nazal kavite, meme ve prostat gibi sekresyon fonksiyonu olan bir çok dokuda bulunurlar. Miyoepitelyomalar tüm tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur.



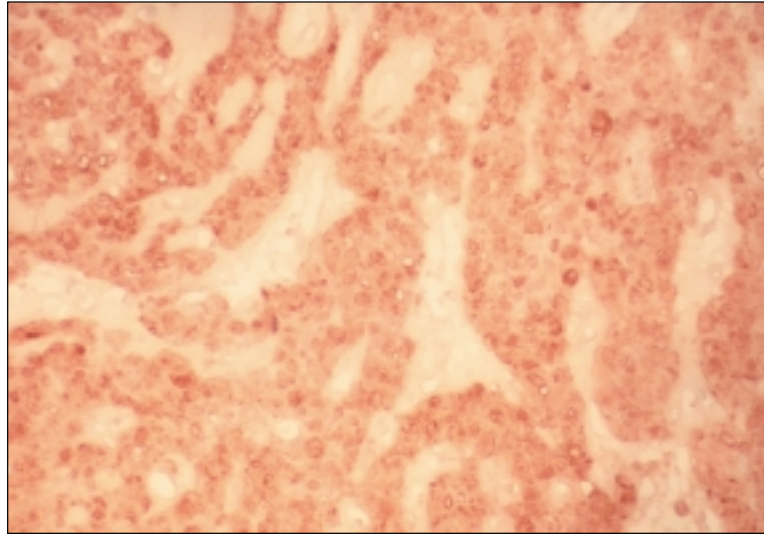
Resim 2. Kitlenin ameliyat esnasındaki görüntüsü.



**Resim 3.** Zayıf vasküler stroma içinde yuvarlak çekirdekli, iğsi miyoeptilyal hücreler görülmektedir (HE x400).

Barnes, kendi sunduğu benign miyoeptilyoma olgusu ile birlikte literatürde 1985'e kadar 42 olgu (39'u benign, 3'ü malign) bulunduğunu belirtmiştir.<sup>8</sup> Zaman içinde patoloğlar bu patolojiyi tanıdıkça selim ya da habis olsun yayın yapılan miyoeptilyoma olgularının sayısında belirgin artış olmuştur. Na-

zal kavitede miyoeptilyoma çok nadir de olsa görülebilir. Literatüre baktığımızda böyle bir olgu 1993 yılında Kayta ve ark. tarafından sunulmuştur.<sup>9</sup> Tanısında birçok immunohistokimyasal marker kullanılsa da her olgu için hiç birisi spesifik ve güvenilir değildir.<sup>3</sup> Neoplastik miyoeptilyal hücreler bir



**Resim 4.** S-100 proteini ile %100 pozitiflikte boyanan hücreler görülmektedir (S100 x400).

çok formda görülebilmektedir. Az görülmeleri ve histopatolojisindeki karışıklıklar nedeni ile miyoepitel-yomaların tanısı ve sınıflandırılmasında sorunlar yaşanmaktadır.<sup>3</sup>

İlk tanımlandığı dönemlerde miyoepitelyomanın, benign mikst tümörün monomorfik bir varyantı olduğu düşünülmüştür.<sup>10</sup> Bazı otörler miyoepitel-yomanın farklı biyolojik davranış sergileyen ve mikst tümörden klinikopatolojik olarak tamamiyle ayrılan bir antite olduğunu savunmuşlardır.<sup>5</sup> Bazıları ise bu tümörlerin pleomorfik adenomlar ile aynı biyolojik davranışı sergilediğini vurgulamıştır.<sup>10</sup> WHO'nun yaptığı tükürük bezi tümörleri sınıflandırmasına göre, miyoepitelyomaların pleomorfik adenoma göre daha agresif bir büyüme paterni gösterdiği bildirilmiştir.<sup>11</sup>

Erkek ve kadın sıklığı eşit olup baş ve boyun bölgesinde en sık parotis bezinden kaynak alır. Parotis tutulumlarında fasiyal paralizi ve boyunda patolojik lenfadenomegali saptanmaz.<sup>8</sup> Bizim hastamızın da kitlesi parotisten kaynaklanıyordu ve kitle büyük olmasına rağmen fasiyal sinir fonksiyonlarında kayıp ve boyunda lenfadenomegali saptanmadı.

Miyoepitelyomalar genellikle 1-5 cm boyutunda olup, beyaz, sarımtırak veya gri renkli, iyi sınırlı ve düzgün yüzeyle kitleler olarak karşımıza çıkarlar. Parotis miyoepitelyomaları ince fibröz bir kapsül ile sınırlı iken damaktan kaynaklananlar genellikle kapsülsüzdür.<sup>8</sup>

Mikroskopik olarak miyoepitelyomalar çoğunlukla iğsi (spindle) hücre kümelerinden oluşmakla birlikte bazıları plasmositoid hücre kümelerinden ya da her iki tip hücrenin kombinasyonundan oluşur. Berrak hücreli formu çok nadirdir. Kollajen çok seyrek ve kondroid alanlar bulunmaz.<sup>12</sup>

Immunohistokimyasal incelemede miyoepitelyomalar, sitokeratin ve S-100 proteini primer antikorları ile yüksek oranda pozitif reaksiyon verirken vimentin, aktin ve miyosin antikorları ile değişen derecelerde reaksiyon verirler.<sup>13</sup> Desmin ile reaksiyon görülmez. Normal miyoepitelyal hücreler vimentin ile reaksiyon vermezken neoplastik miyoepitelyal hücreler pozitif reaksiyon verirler.<sup>5,12</sup> Sonuç olarak bu işaretleyicilerin hiçbirisi miyoepitel-

yoma için spesifik değildir ve her olguda farklı oranlarda görülürler.<sup>14</sup>

Miyoepitelyal tümörlerde selim veya habis ayrımını histolojik olarak yapmak gerçekten zordur. Patolojik inceleme, immunohistokimyasal çalışmalar ve elektron mikroskopik incelemeler benign-malign ayrımında yetersiz kalmaktadır.<sup>7,15</sup> Malignite kriterleri arasında sitolojik anormalliklerin varlığı (nükleer atipi), anormal mitotik aktivite ve infiltratif büyüme özelliği sayılabilir.<sup>5,16</sup> Olgumuzda morfolojik olarak benign miyoepitelyoma tanısı ağır basmakla birlikte, tümör malign davranış potansiyeli de taşımaktaydı. Miyoepitelyomada hücre tipi ile biyolojik davranış, nüks oranı ve hasta yaşı arasında ilişki saptanmamıştır.<sup>7,10</sup>

Miyoepitelyomanın nüks oranlarının pleomorfik adenoma göre biraz daha az olduğu bildirilmiş olup yine de komple cerrahi eksizyonun gerektiği savunulmuştur.<sup>8</sup>

## Sonuç

Miyoepitelyoma spesifik klinik özelliklere sahip olmamakla birlikte günümüzde ayrı bir patolojik antite olarak kabul edilmektedir. Çok sık görülmemesi ve patolojik tanısında bazen yanılgıya düşülmesi nedeniyle tükürük bezi kitlelerinin ayırıcı tanısında miyoepitelyomaların da yer aldığı akıldan tutulmalıdır.

## Kaynaklar

1. **Hamperl H.** The myoepithelia (myoepithelial cells). Normal state; regressive changes; hyperplasia; tumors. *Curr Top Pathol* 1970; 53: 161-220.
2. **Hubner G, Klein HJ, Kleinsasser O, Schiefer HG.** Role of myoepithelial cells in the development of salivary gland tumors. *Cancer* 1971; 27: 1255-61.
3. **Simpson RH, Jones H, Beasley P.** Benign myoepithelioma of the salivary glands: a true entity? *Histopathology* 1995; 27: 1-9.
4. **Deppisch LM, Toker C.** Mixed tumors of the parotid gland. An ultrastructural study. *Cancer* 1969; 24: 174-84.
5. **Morinaga S, Nakajima T, Shimosato Y.** Normal and neoplastic myoepithelial cells in salivary glands: an immunohistochemical study. *Hum Patol* 1987; 18: 1218-26.
6. **el-Naggar AK, Lovell M, Callender DL, Ordonez NG, Killary AM.** Cytogenetic analysis of a primary salivary gland myoepithelioma. *Cancer Genet Cytogenet* 1999; 113: 49-53.
7. **Sciubba JJ, Brannon RB.** Myoepithelioma of salivary glands: report of 23 cases. *Cancer* 1982; 49: 562-72.

8. **Barnes L, Appel BN, Perez H, El-Attar AM.** Myoeptilyoma of the head and neck: case report and review. *J Surg Oncol* 1985; 28: 21-8.
9. **Ada M, Korkut N, Bora F, Kaytaz A, Devranođlu İ, Aydın H.** Myoeptilyoma of the nasal cavity. A case report. 15. World Congress of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery. Istanbul, 20-25 June 1993.
10. **Batsakis JG.** Myoeptilyoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1985; 94: 523-4.
11. **Dardick I, Thomas MJ, van Nostrand AW.** Myoeptilyoma- new concepts of histology and classification: a light and electron microscopic study. *Ultrastruct Patbol* 1989; 13: 187-224.
12. **Tamai M, Nomura K, Hiyama H.** Aspiration cytology of malignant intraductal myoeptilyoma of the breast. A case report. *Acta Cytol* 1994; 38: 435-44.
13. **Dardick I, Ostrynsky VL, Ekem JK, Leung R, Burford-Mason AP.** Immunohistochemical and ultrastructural correlates of muscle-actin expression in pleomorphic adenomas and myoeptilyomas based on comparison of formalin and methanol fixation. *Virchows Arch A Patbol Anat Histopatbol* 1992; 421: 95-104.
14. **Di Palma S, Guzzo M.** Malignant myoeptilyoma of salivary glands: clinicopathological features of ten cases. *Virchows Arch A Patbol Anat Histopatbol* 1993; 423: 389-96.
15. **Torlakovic E, Ames DE, Manivel JC, Stanley WM.** Benign and malignant neoplasms of myoeptilyal cells: cytologic findings. *Diagn Cytopatbol* 1994; 9: 655-60.
16. **Dean A, Sierra R, Alamillos FJ, et al.** Malignant myoeptilyoma of the salivary glands : clinicopathological and immunohistochemical features. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 64-6.

---

**İletişim Adresi: Dr. Emin Karaman**  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı  
Fatih 34303 İSTANBUL  
Tel: (0212) 414 30 00 / 21519  
e-posta: eminkaraman@yahoo.com