

PAROTİS CERRAHİSİNDE İZLENECEK YOL NE OLMALIDIR

(42 Olgunun Analizi)

Dr. Cernal AYTEMİZ (*) Dr. Ayhan NUMANOĞLU (**)

Dr. Cevdet BARIŞ (***)

Ö Z E T

Kliniğimizde 1970-1980 yılları arasında cerrahi tedavi uygulanmış 42 parotis tümörlü hasta incelenerek bunlardan alınan sonuçlar sergilenmeye çalışıldı.

42 olgunun analizinde iyi huylu tümörlerin çoğunluğu oluşturduğu (30 olgu), bunların büyük bir kısmının iyi huylu mikst tümörler ve Warthin tümörleri olduğu saptandı. Buna karşın, kötü huylu tümörlerde çoğunluğu, mükoepidermoid karsinoma ve kötü huylu mikst tümörlerin oluşturduğu görüldü.

Genellikle bezin derin lobundan çok, yüzeysel lopta yerleşim gösteren parotis tümörleri, hasta tarafından fark edilmiş doktor tarafından kanıtlanmıştır.

Parotis bezi tümörlerinin tedavisinde çeşitli cerrahi yöntemler uygulanabilir. Bu yöntemlerin seçilmesinde, tümöral kitlenin yerleşim yeri, klinik seyri, fasyal sinir ve diğer yumuşak dokuları işgal edip etmediği, frozin seksiyona göre tümörün histolojik yapısı önemli rol oynar. Buna göre, yöntemlerden uygun olanı seçilir.

Bizim cerrahi girişimlerimizde; yüzeysel lopta yerleşim gösteren, fasyal sinir ve etraf dokulara yayım göstermeyen, tüm tümörlerde genellikle süperfisyel parotidektomi yeterli görülmüştür. Tümörün histolojik tipine, etraf dokulara ve fasyal sinire yayım göstermesine göre radikal parotidektomi ve buna ek olarak, gerektiğinde, hemimandibulektomi ve radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır.

(*) Gül. As. Tıp Akd., Tıp Fak., Plastik ve Rekonstr. Cerr. Kl. Drkt. Doç. Tbp. Alb.

(**) Gül. As. Tıp Akd., Tıp Fak., Plastik ve Rekonstr. Cerr. Kl. Uzm. Ass. Tbp. Bnb.

(***) Gül. As. Tıp Akd., Tıp Fak., Plastik ve Rekonstr. Cerr. Kl. Doç. Tbp. Alb.

Derin loptaki iyi huylu tümörlerde ise, önce süperfisyel parotidektomi uygulanmış, sinir dalları serbestleştirilip, korunduktan sonra, derin lop tümörle birlikte çıkartılmıştır. Böylece bu lop tümörlerine de totale yakın parotidektomi uygulanmıştır.

Masseter kasın tümör tarafından sarılmış olduğu hallerde, total parotidektomiye hemimandibulektomi eklenmiş radikal boyun diseksiyonu ise, boyunda lenf bezinin ele geldiği üç hasta ile, kötü huyluluk derecesinin yüksek olduğu bir olguya toplam dört olguya uygulanmıştır.

Uyguladığımız çeşitli yöntemlerden elde edilen sonuçlar başarılı olmuştur. Süperfisyel parotidektomi uyguladığımız hiçbir olgumuzda nüks ve fasyal felç görülmedi. Daha önceki yıllarda zaman zaman başvuru alan enükleasyon yönteminde sadece bir olguda fasyal sinir felci olduğu gibi daha sonar nükste ortaya çıktı. Bu olgudaki tümörün iyi huylu mikst tümör olmasına karşısı, derin lopta yerleşim göstermesi cerrahiye güçleştirdiğinden kapsülün yırtılmasına ve sinir dallarının yaranmasına yol açmıştır. Sonuç olarak böyle bir komplikasyonla karşılaşılmıştır.

G İ R İ Ş

Salgı bezleri tümöründen söz edildiğinde akla genellikle parotis bezi tümörleri gelir. Parotis bezinde, değişik histolojik özellikler gösteren iyi ve kötü huylu çeşitli tümörler gelişebilir. Bu tümörlerin büyük bir kısmı glandın kendi dokusundan kaynaklanır. Çok az bir kısmı, komşuluk yoluyla yani direkt yayımlarla, diğer bir kısmı da kan ve lenfatik sistemler gibi, indirekt yollarla gelerek yerleşirler.

Büyük Fransız anatomist ve cerrah Ambrois Pare (1634) ve Nels Stensen (1663), parotis bezinin anatomisinden ilk söz eden cerrahlardır. Salgı bezleri tümörlerini sınıflandırmaya çalışan ilk cerrah, Kalts Chied'dir (9) (1752). Glandı ilk defa cerrahi yolla çıkaran Samuel White'tan (1808) sonra, parotis cerrahisinde sürekli bir gelişme ve ilerleme görülmüştür (6, 7, 9, 18, 20). Fakat, parotis bezinin anatomik yerleşim bakımından fasyal sinir ile iç içe oluşu (5, 13, 17, 18, 23) ve bezden kaynaklanan tümörlerin kötü cerrahi girişimler sonucu sık sık nükslere yol açısı, cerrahi tedaviyi son derece güçleştirmektedir (5, 11, 12). Deneyimsiz bir cerrah fasyal siniri kesmemek, ya da yaralamamak korkusu ile tümörü parça parça çıkarır. Böylece cerrahi yaklaşım anında nükslere yol açarak tümör ekimini gerçekleştirir (18). Anatomik bilgiden yoksun bir cerrah ise; fasyal siniri ya da dallarından birini keserek hastaya sarkık bir yanak, salgı akıtan bir ağız köşesi ve kapanmayan kapakların yol açtığı kırmızı, ağlayan, bir göz oluşturur (5, 18). Ayrıca, cerrahın çeşitli tümörlerin davranış ve tipleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmayışı, onun çeşitli sorunlarla karşılaşmasına yol açar (5, 12, 15, 18).

Modern cerrahi yöntemlerin ortaya konusu, anatomi ve histopatolojinin çok iyi anlaşılmasıyla sağlanmıştır. Çok sayıda olgu incelemelerle izlenmiş, elde edilen verilere göre, çeşitli tümör cinsleri ortaya konmuş ve sınıflandırmalar yapılmıştır (6, 11, 17, 18). Bu çalışmalar arasında Anderson, Byars (1905) ve Conley'in (1975) konu ile ilgili büyük çabaları (18), ve en son Dünya Sağlık Teşkilatının "World health Organization" Cenova'da ortaya koyduğu (1972) sınıflandırmalar (21, 22) konunun karışıklığını ortadan kaldıramamış ve herkesin beğenisini kazanamamıştır. Bu nedenle konu üzerindeki büyük ilerlemelere karşın, parotis cerrahisiyle ilgili tüm sorunlar henüz çözümlenememiştir (18). Bu konudaki güçlüklerin çözümü, cerrahların bu konuya daha büyük ilgi göstermeleriyle sağlanacaktır. Tüm tümörlerin ancak % 02 - % 06'sını oluşturan parotis tümörleri, oldukça seyrek görülürler (4, 18). Bunların görülme sıklığı, erkeklerde yüzbinde 2.1, kadınlarda ise 2.0 olarak bildirilmiştir (11). Genellikle bezin yüzeysel lobunu işgal ederler (4, 17, 18). Parotis bezi içerisinde büyüyen kitleye tanı her zaman kolay konamaz. Muayene yapan hekimin tecrübesi, kitlenin etraf dokulara yapışık olup olmayışı, hastalığın seyri ve süratli gelişimi, yüzde felçlerin görülmesi, tanı için bir dereceye kadar yardımcı olabilir (9, 11). Direkt röntgen filmleri, siyaloogramlar, parotis salgısında tümöre has immunoglobulinlerin araştırılması ve kantitatif olarak tayini, radyoizotop fotosken yöntemleri tanıda her zaman bekleneni vermezler, hatta değerleri tartışma konusudur (3, 20, 19).

Parotis cerrahisiyle uğraşan her hekim, bilgisine ve tekniğine ne kadar güvenirse güvensin, aşağıda belirtilen iki ilkeyi hiç bir zaman hatırdan çıkarmamalıdır.

1 — Parotis cerrahisi uygulanacak bir hastaya; fasyal sinirin, submandibular tümörlerde de, fasyal sinir marjinal dalının zedelenebileceği ve bunlara bağlı olarak seyrekte olsa, fasyal sinir felçleriyle karşılaşılabilceği anlatılmalıdır.

2 — Tümörün kötü huylu olduğu hallerde, fasyal sinirin kesileceği ve radikal boyun diseksiyonunun uygulanabileceği açıklanmalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde 1970-1980 yılları arasında tükrük bezi tümörü tanısıyla 55 hasta yatırılarak tedavi edilmiştir. Bu hastalardan 8'inde submandibuler gland tümörü, dördünde küçük tükrük bezleri tümörü

(Minor salivary glans tumors), birinde deriden parotise yayılmış melanoma, geri kalan 42'sinde parotis bezi tümörü saptanmıştır. Parotis bezi tümörü tanısı konan olguların kırkında cerrahi tedavi uygulanmış, büyük bir kısmı ameliyat sonu dönemde ancak 3-6 ay süre ile izlenebilmiştir. Bunlardan 16'sı beş yıl süre ile kontrol altında tutulabilmiştir.

Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda, tümörün bezdeki yerleşimine, çevre dokulara ve fasyal sinire yayılıp yayılmadığına ve histopatolojik tanılarına göre değişik yöntemler uygulanmıştır. İnceleme, palpasyon ve ameliyat bulgularına göre kötü huyluluk şüphesi edilmeyen tümörlerde her zaman frozin seksiyona baş vurulmadan süperfisyel parotidektomi ya da geniş enükleasyon uygulanmıştır. Bütün spesmenler sonradan normal histopatolojik takibe alınarak incelenmişlerdir. Bu incelemelerde kötü huyluluk tanısı konmuş 5 olgudan 4'ünde ilk cerrahi tedavi ile yetinilmiş yeniden cerrahi bir girişimde bulunulmamış fakat bu hastalar takibe alınmış 16 ay süre ile izlenmişlerdir.

Tümöral kitlenin sinir dallarını ve etraf dokuları sardığı, tüm parotisi işgal ettiği kötü huyluluk şüphesi uyandırdığı hallerde rutin olarak frozin seksiyonla incelenmiş kesin olarak kötü huyluluk tanısı konduğunda radikal cerrahi yöntemlere geçilmiştir.

Kısaca uyguladığımız cerrahi yöntemler aşağıdaki gibi sıralanabilir :

1 — Tümörün; bezin yüzeysel lobunda yerleşim gösterdiği, fasyal sinir ve etraf dokuları sarmadığı durumlarda, süperfisyel parotidektomi yapıldı. Fasyal sinir dallarını sıyracacak şekilde geçen diseksiyon tekniği 22 olguya uygulandı.

Normal izlenmeye alınan spesmenler histopatolojik olarak incelendiklerinde bunların 17'inin iyi huylu, 5'inin kötü huylu olduğu görüldü. Biri dışında, dört olguya yapılan cerrahi yeterli bulunarak radikal bir ameliyata gidilmedi. Kötü huyluluk davranışı yüksek olan tek olguda ise, üç haftalık bir aradan sonra radikal boyun diseksiyonu uygulandı.

2 — Tümöral kitlenin süperfisyel lopta yerleştiği 2 olguda ve parotis bezi alt ucunun, içindeki kitle ile birlikte pediküllü bir lop gibi çene altına kadar uzadığı 6 olguda, ki bunların bazılarında parotis tümörü olduğundan şüpheye bile düşülmüştür, toplam 8 olguda enükleasyon yöntemi uygulandı. Bu yöntem uygulanırken kitleyi çe-

pe çevre kuşatan parotis dokusunun birlikte çıkartılmasına özen gösterildi.

Bu olgulardan birinde, frozın seksiyonla incelemede kötü huyluluk tanısı konduğundan aynı oturumda total parotidektomiye geçildi. Normal izlemede de Epidermoid karsinoma tanısı konduğundan 3 haftalık bir aradan sonra radikal boyun diseksiyonu da eklendi.

3 — Parotis bezinin derin lobunu tutan dört tümörden üçünde, önce süperfisyel parotidektomi yapıldı. Tüm fasyal sinir dalları ortaya konup korunduktan sonra bu dallar arasından girilerek, derin lop ekstirpe edildi. Böylece totale yakın bir parotidektomi uygulanmış oldu. Derin lopta oldukça iri bir kitle bulunan diğer olguda ise süperfisyel parotidektomi yapılmadan sinir ağı arasından girilerek kitlenin enükleasyonuna çalışıldı. Büyük zorlukla karşılaşılan bu olguda tümör kapsülü yırtıldığı gibi, bazı sinir dalları da zedelendi. Fasyal felç oluşan bu olguda daha sonra mikst tümör nüksü ile karşılaşıldı. Derin lop tümörlerinin cerrahi yolla çıkarılmasında mandibula ramusunu kesmeye gerek duyulmadı.

4 — Parotis bezi içerisinde tümörün sert ve hareketsiz bir kitle oluşturduğu 6 olguda, cerrahi girişim sırasında, sinir dallarının tümöral kitle tarafından sarılmış olduğu görüldü. Bunların ameliyat öncesi kontrollerinde fasyal felç özgül belirtiler saptanmamıştı. Kitlelerden alınan parçaların frozın seksiyon yöntemiyle incelenmesinde 6 olguda da kötü huyluluk tanısı kanıtlandı. Bu olgularda tümör çıkarılırken fasyal sinirin bazı dalları da birlikte rezeke edilerek total parotidektomi uygulandı. Spesmenler ayrıca normal takibe de alınarak histopatoloji olarak incelendiler. Böylece kanserin tipi de belirlendi.

Cerrahi girişim anında dört olguda masseter kasın tümör kitlesi tarafından sarılmış olduğu görüldü. Bu nedenle total parotidektomiye ek olarak ayrıca hemimandibulektomi yapıldı. Bu olgulardan birinde andiferansiye karsinom, birinde de boyun lenf bezlerinde metastaz saptandığından ortalama üç haftalık bir süre sonunda radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Bu iki olguya radyoterapide eklendi. Asinik hücreli kanser (Acinic cell Ca) tanısı konan bir olgumuzda ise total parotidektomiden sonra herhangi bir girişimde bulunulmayarak sistemik kontroller yapıldı ve göz altında tutuldu. Bir yıllık süre içerisinde patoloji saptanmadı.

İki olgumuzda klinik olarak Mikulicz hastalığı şüphe edildi ve sialedonografiler yapılarak üzüm salkımını andıran kistik yapılar gö-

rüldü. Ayrıca tanı biyopsi ile de kanıtlanarak kortizon tedavisi uygulandı. İngiltereye kontrole giden hastalardan birine de orada kortizon tedavisi uygulanmış ve gerektiğinde aynı tedaviye devam edilmesi söylenmiş ve zaman zaman tarafımızdan tedaviye alınmaktadır. Her ikisi de yaşamlarını normal olarak sürdürmektedirler.

Kısaca olgularımızda seçtiğimiz cerrahi yaklaşım şekillerini sıralayacak olursak 22 olguya süperfisyel parotidektomi, ki bunların beşi kötü huylu tümörlüydü, 8 olguya oldukça geniş bir gland dokusu ile birlikte enükleasyon, 9 olguya da total parotidektomi uygulanmıştır. Bu 9 olgunun 3'ü iyi huylu tümörlüydü. Ancak tümörler derin lopta yerleşim gösterdiğinden total parotidektomi yapılmış sinir ağı korunmuştur. Diğer bir olguda ise enükleasyonla tümör çıkartılmıştır.

Total parotidektomi uygulanan olgulardan dördüne masseter kas rezeksiyonuyla birlikte hemimandibulektomi eklenmiştir. Toplam olarak dört olguya da radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır.

BULGULAR

42 olgudan cerrahi yolla çıkartılan tümöral kitlelerin rutin histopatolojik incelemeleri yapıldı. Bu tümörlerin 12'sinin (% 28,5) kötü huylu, 30'unun (% 71,5) iyi huylu olduğu saptandı. Tümörlerin histopatolojik tanılarına göre dağılım oranları çeşitli otörlerin sonuçlarıyla karşılaştırıldı (Tablo 1).

TABLE I : PAROTİS TÜMÖRLERİNİN HİSTOPATOLOJİK TANILARINA GÖRE DAĞILMA ORANLARI
"ÇEŞİTLİ OTÖRLERE GÖRE"

KÖTÜ HUYLU PAROTİS TÜMÖRLERİ													
Seriler	İyi H. Sayı %	Kötü H. Sayı %	Adenoid Kistik Kanser	Mukoepi- dermoid Tümör	Epidermoid Karsinoma	Kötü H. Mikst. T.	Andiferen- siye Karsinom	Adeno Karsinoma	Diğer Sarkom ve Kanserler				
Eneroth ve ark. (157)	95 % 61	62 % 39	25 % 40	6 % 10	11 % 8	3 % 5	11 % 24	0 % 0	2 % 3				
Conley (115)	61 % 52	54 % 47	17 % 31	17 % 31	4 % 7	4 % 7	4 % 7	8 % 15	0 % 0				
Lowe- Formen (50)	25 % 50	25 % 50	11 % 44	2 % 8	2 % 8	3 % 12	6 % 24	1 % 40	0 % 0				
Spiro (217)	96 % 44	121 % 56	42 % 35	23 % 19	15 % 12	23 % 19	3 % 2	14 % 12	1 % 1				
Trail- Lubrit (58)	37 % 64	21 % 36	10 % 48	2 % 10	2 % 10	2 % 10	1 % 5	3 % 14	1 % 5				
Rafla (35)	13 % 37	22 % 63	7 % 32	1 % 5	1 % 5	0 0	3 % 14	6 % 27	4 % 18				
GATA (42)	30 % 71,5	12 % 28,5	2 % 16,3	2 % 16,3	2 % 16,3	3 % 25	1 % 8,1	0 % 0	2 % 16,3				

Bizim serimizdeki sonuçlar, Rafla ve Spiro dışındaki otörlerin sonuçlarıyla uygunluk göstermektedir. Ayrıca bizim oranlarımız Hoops'u (11) belirttiği oranlara da uygunluk göstermektedir. Görülüyor ki bu konuda kesin bir görüş birliği yoktur. Çeşitli otörlerin oranları ,birbirleriyle uyumlu görülmemektedir.

Büyük bir çoğunluğunu mikst tümörlerin oluşturduğu iyi huylu tümörler arasında iki kist, iki de Mikulicz's hastalığı görüldü. Kötü huylu tümör sayısı 12 idi (Tablo 2).

Tümörleri histopatolojik tanılarına göre sınıflandırmaya çalışırken, Dünya Sağlık Teşkilatının (WHO), 1972 yılında Geneva'da ileri sürdüğü model örnek alınmış, sınıflandırma buna göre yapılmıştır.

TABLO II : PAROTİS TÜMÖRLÜ HASTALARIMIZIN SINIFLANDIRILMASI
(WHO SINIFLANDIRMASINA GÖRE)

I. EPİTELYAL TÜMÖRLER		
A. Adenomalar		
1. Pleimorfik Adenoma	17	% 40,4
2. Monomorfik Adenoma		
a — Adenolenfoma (Warthin T.)	5	% 11,9
b — Oksifilik Adenoma	0	% 0
c — Diğer tip Adenomalar (Bazal hü., Tübüler A. Trabeküler A.)	3	% 7,1
B. Mukoepidermoid Tümörler	2	% 4,7
C. Asinik Hücreli Ca.	1	% 2,3
D. Karsinomalar		
1. Adenoid Kistik Karsinoma	2	% 4,7
2. Adenokarsinoma	0	% 0
3. Epidermoid karsinoma	2	% 4,7
4. Andiferansiye karsinoma	1	% 2,3
5. Pleimorfek karsinoma (Kötü H. mikst T.)	3	% 7,1
II. NON EPİTELYAL TÜMÖRLER		
A. İyi Huylu T. (Lipom, Neurinoma, Lenfanjioma)	1	% 2,3
B. Kötü H. Tümör (Lenfoma lenfosarkıma melenoma)	1	% 2,3
III. TÜMÖRE BENZEYEN LEZYONLAR		
A. Lenfoepitelyal lezyon (Mikulicz's D.)	2	% 4,7
B. Sialozis	0	% 0
C. Onkositozis	0	% 0
D. Kistler (Brankiyal, retansiyon K.)	2	% 4,7
IV. SINIFLANDIRILAMAYAN LEZYONLAR		
	0	% 0
T O P L A M	42	% 100

Olgularımızın yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 3 de görülmektedir.

TABLO III : OLGULARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

Yaş Grupları	Sayı	Yüzde
0-10	0	0
11-20	0	0
21-30	21	50
31-40	8	19
41-50	6	14,2
51-60	4	9,5
61-70	0	0
71-80	3	7,1
T O P L A M	42	100

Saptadığımız bulgular, bazı otörlerin sonuçlarına oranla ayrıcalıklar göstermiştir. Örneğin, olgularımızın yarısı 21-30 yaş grubu içerisinde toplanmıştır. En genç olgumuz 21, en yaşlısı 78 yaşındaydı. Olgularımızın cinslere göre dağılımında ise, erkeklerin % 76.2 ile çoğunluğu oluşturduğu saptandı. Kadınların oranı ise % 23.8 bulundu. Tümöral oluşumların, sağ ya da sol tarafta yerleşim oranları % 57,1 (24 olgu) sol, % 42,9 (18 olgu) sağ'dadır. İki tarafta yerleşim gösteren olguya rastlanmadı. Mültipli orijinli olgu sayısı ise üç idi. Bir olguda üç küçük kitle, diğer ikisinde (süperfisyel lopta) ikişer kitle saptandı. Bir olgumuzda; parotis bezi, üzeri derisinden kaynaklanan melanomayla sarılmıştı. Sol taraf tüm parotis bezini tutmuş, etraf dokulara ve boyna yayım göstermişti. Bu olguya cerrahi girişimde bulunulmadı. Dört olguda kitle, adeta çene köşesinde, hatta çene altında yerleşim gösterdiğinden, branşiyal kist ya da adenopatiyi dü-

şüdürmüştür. Ancak bunların parotis tümörü olduğu kanısına varılınca, buna göre ameliyat planlaması yapılmıştır. Acinic cell Ca. tanısı konan bir olgu, metastaz bakımından sistemik olarak taranmış, patoloji saptanamamıştır. 9 ay süre ile yapılan kontrollerde nüks ve metastaza rastlanmamıştır. Lenfoma tanısı konan 2 olgu da radyo terapi ve kemo terapiye verilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

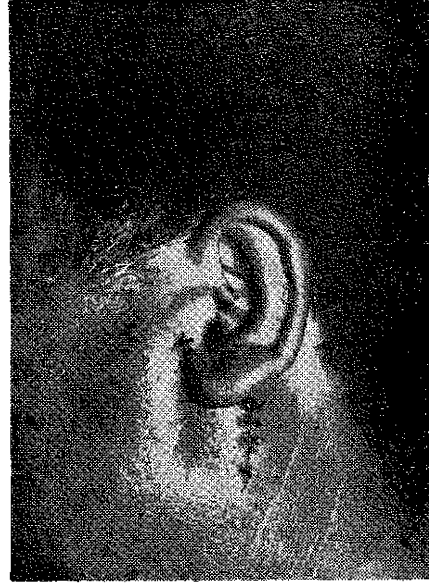
Parotis bezinde palpe edilebilen bir kitleye; kitle etraf dokulara yapışıklık gösterse ve ağrılara, fasyal felçlere yol açmış olsa bile, kötü huyluluk tanısı her zaman kesin konamaz. Çünkü, felçlere genellikle kötü huylu tümörler neden olursa da, iyi huylu bazı tümörlerin de fasyal felç yarattığı birçoklarıncaya ortaya konmuştur (24, 25). Yine etraf dokulara yapışıklık gösteren kötü huylu tümörler g.bi, iyi huylu derin lop tümörleri de mobilite göstermezler ve kötü huylu tümör kanısı yaratırlar (7, 11, 17, 18). Ayrıca bizim olgularımızda olduğu gibi felçlere yol açmamış kötü huylu tümörlere de sıklıkla rastlanır (12).

Serimizde, özellikle derin lop tümörlü hastalarda, klinik ve ağız içi muayeneleri sistemik olarak yapıldı. Radyografik incelemelerin yanı sıra siyalogramlardan yararlanıldı. Bu incelemelerin, tümör büyüklüğü ve lokalizasyonun tayininde bir dereceye kadar yardımcı oldukları görüldü.

Deriye infiltrate olmuş, tanının gölze kolayca konduğu ülsere olan tümörlerde kanser cinsinin ve tipinin tayini için biyopsi yapılabilir. Biz genellikle tanı amacı ile, ameliyattan önce her türlü biyopsi girişiminden kaçındık. Böyle bir girişimin yararından çok; Dwight (9), Hanna (10), Hugo (12), Richardson (17), Robinson (18), Thackray (22) gibi otörlerin önerileri doğrultusunda, zararlı olacağına inanıyoruz. Çünkü tüm parotis tümörlerinin büyük bir kısmını oluşturan Warthin ve Mikst tümörlerde ince ve zayıf bir kapsül vardır (2, 9, 22). Gaisford (17), Hanna (9), Hoopes (11), Richardson (17) gibi, parotis cerrahisinde süperfisyel parotidektomi uygulamakla kapsülün, kesilme ve yırtılma olasılığını önlemiş oluyoruz. Böylece parotis bezi içerisine tümör ekimi ve nükslerden kaçınılmış olmaktadır. Bu uygulama biçiminde fasyal sinir dalları da korunabildiğinden fasyal felç problemi de önlenabilmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoizotop bölümünün yardımıyla I.V. yolla ⁹⁹Te Pertechnetate verilerek beş olguda yapılan rad-

yoizotop fotoskening yönteminin, tanıdaki değeri saptanmaya çalışıldı. Fakat kesin bir görüş ortaya konamadı. Gerçekten de yöntemin; belli merkezlerinin dışında pek yaygınlaşmamış olması, bazı teknik problemleri beraberinde taşıması bu alanda büyük istatistiklerin ortaya konamamış olması, değerini açıklığa kavuşturamamıştır (14, 19).



Şekil 1 : Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, hastanın dudak ve göz kapaklarını hareket ettirmesi istenerek çeşitli fotoğraflar çekildi. Bir fasyal felçin varlığı veya ortaya çıkışı belgelenmeye çalışıldı.

Ameliyat öncesi tetkiklerin yanısıra, tümöral kitlenin görüntüsünü sergileyecek, hastanın ağız ve göz kapakları hareketlerini en iyi şekilde ortaya koyacak renkli slayt filmleri yapıldı. Ayrıca cerrahi girişimden bir süre sonra da aynı biçimde renkli slaytlar yapılarak cerrahinin hastada bir fasyal felce yol açıp açmadığı belirlendi (Şekil 1).

Genel anestezi altında ameliyat ettiğimiz tüm hastalarımıza, uyu-tulmadan önce, stensen kanalına sokulan ince polietilen bir tüp ve enjektör yardımıyla 2 cc. mavi metilen boyası vermeyi ve bezi boyamayı yeğ tuttuk. Parotis bezinin bu yolla boyanması, ameliyat anında sinir diseksiyonunu büyük ölçüde kolaylaştırır. Dolayısıyla mavi boyanmış gland üzerinde beyaz sedefi rengiyle sinir dalları kolayca tanınarak korunur.



Şekil 2 : Parotis cerrahisinde seçtiğimiz ensizyon şekli.

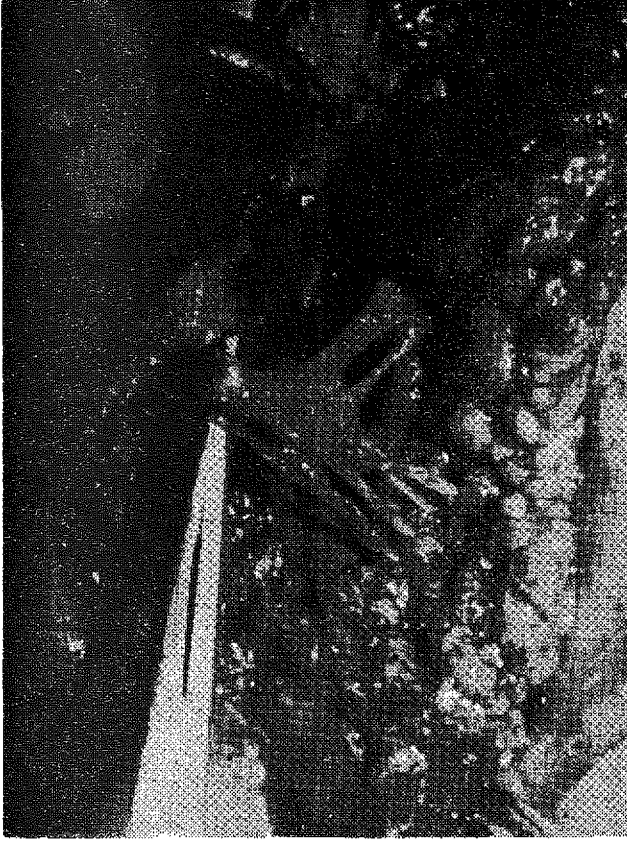
Cerrahi girişimlerde, hastanın bir taraf yüzünü, simetri eksenine kadar, açık kalacak şekilde steril kompreslerle kapatmayı, kulak önü ve çene arka krizine uyan, Beahrs'ın tarif ettiği köşeleri yuvarlaklaşmış Z veya S şeklinde ensizyonu seçtik (3, 18) (Şekil 2).

Kolayca gizlenebilen bu ensizyon aynı zamanda tümör üzerindeki deri flebinin, bez ön kenarına kadar kaldırılmasına olanak sağlar. Arka tarafta ise, önder noktalar olarak kabul edilen, anatomik belli çıkıntıların bulunmasını ve görülmesini kolaylaştırır (1, 2, 4, 5, 6, 11, 13, 7, 18). Mastoid çıkıntı, atlasın transfer uzantısı, ramus arka kenarı ve dış kulak yolu, cerrahi diseksiyon için yol gösterici noktadır (5, 13, 18). Künt ve keskin diseksiyonlarla sinirin, foramen stio-mastoideustan çıkışında bulunması ve gövdesinin serbestleştirilmesiyle oldukça fikse olan kitle, önemli derecede mobil hale getirilir (5, 17). Sinir gövdesi görüldükten sonra, takip edilerek bezin içerisine girişine kadar serbestleştirilir. Böylece proksimalden distale doğru retrograd bir diseksiyonla sinir zedelenmeleri büyük ölçüde azaltılmış olur (Şekil 3).

Fasyal siniri bu biçimde diseke etmeyi ve korumayı amaçlayanların yanında, siniri önden arkaya diseke ederek anterograd bir yaklaşımla tümörü çıkaranlar da vardır (1, 18). Bu otörler Stensen kanalını bulup kestikten sonra askı şeklinde kullanmayı ve sinir dallarını serbestleştirmeyi yeğlemektedirler. Sinir dallarını korumak ve kesmemek amacıyla süperfisyel parotidektomi anında, sinir stimülatörlerinden yararlanılır. Tümör yüzeysel lolla birlikte çıkarılır. Biz; çalışmalarımızda çok seyrek olarak başvurduğumuz stimülatör yerine, çok kere sinirin mekanik yolla uyarımına çalıştık. Bu amaçla, prepare edilen ve kesilmeye hazır hale getirilen kısımlar ve doku parçaları, ekraze edilmeden, ince pensetlerle sıkıştırıldı. Uyanılan sinirlerin innerve ettiği göz, ağız çevresi, dudak ve kaş bölgelerinde spastik hareketler izlenerek, kesimler ona göre yapıldı.

Derin lopta yerleşim gösteren ve enükleasyonla çıkardığımız tek olgumuzda, sinir zedlenmiş, hastada devamlı bir dudak sarkıklığı kalmıştır.

Enükleasyon yanlısı olan Archer (1) ise, süperfisyel parotidektomi yerine, parotis tümörlülerde, önceden düşük doz radyasyon (Low-dose) uygulamayı, ışın etkisiyle kitle çevresinde fibrozis oluşturmayı önermekte, böylece artan fibrozisin bez kapsülünü kalınlaştıracağını savunmaktadır. Dolayısıyla kalınlaşmış kuvvetlenen tümör kapsülü yırtılmadan tam olarak enükle edilebilmektedir. Bununla beraber rad-



Şekil 3 : Fasyal sinirin "Foramen stylomastoideus'tan" çıkış yerinden itibaren di-
seke edilerek serbestleştirilmesi.

yasyona baş vurmada, kitleyi doğrudan enükleasyonla çıkarmayı yeğ tutanlar da vardır (4).

Radikal bir eksizyonun haklılığı, cerrahi anında yapılan biyopsi ile doğrulanır, parotis içinde yerleşim gösteren çevre dokulara, özellikle fasyal sinire yayılmış olan tümörlerde, kitleden bir parça alınarak histopatolojik incelemeye gönderilir. Dondurma yöntemi ile kötü huyluluğu kanıtlanan tümörlerde radikal ameliyata geçilir. Radikal parotidektomi uygulanırken fasyal sinir ya da bazı dalları feda edilir (9, 11, 12, 17, 18). Aynı yöntem kullanılan altı olgumuzda fasyal sinir rezeksiyonu uygulandı.

Acinic Cell Ca.ların dışında, birçok cerrahın belirttiği gibi, parotis bezi tümörlerinde metastaz oranı oldukça düşüktür (1, 9, 11). Bu

nedenle, total parotidektomiden sonra radikal boyun diseksiyonu, lenf bezlerinin ele geldiği ve kötü huyluluk derecesinin yüksek olduğu sadece dört olguda uygulandı.

Serimizde, total parotidektomi uygulanan dokuz olgudan dördünde masseter kasın atake olduğu görüldü (% 44,4) sözü edilen kasla birlikte çene kemiğinin yarısı (hemimandibulektomi) çıkarıldı. Bunların ameliyat sonu yaşamları 3 yıl süre ile izlenebildi, yaşam oranı % 57 bulundu.

Boyun diseksiyonu yapılanlarla, yapılmayanların sonuçları bu küçük seride kıyaslanmaya çalışılmamıştır. Fasyal sinirin rezekte edildiği olgulardan birine yapılan primer ve ikisine uygulanan hypoglossus-fasyal sinir anastomozlarına özgü sonuçlar, hastaların iki aydan sonraki dönemde izlenememiş olmasıyla, bizi bir yargıya götüremedi.

Bu tartışmanın sonuçları şöylece özetlenebilir : Her nüks olayından sonra kötü huyluluk oranının artacağını ileri süren çeşitli otörlerin (1, 8, 9, 18) görüşünü benimsemiş olduğumuzdan, nükslere yol açmamak için yüzeysel lop tümörlerinde süperfisyel parotidektomiyi önermekteyiz. Gerçekten nüksle gelen tek olgumuz ise enükleasyon yolu ile tedavi edilmişti. Ayrıca parotis bezinin iyi huylu tümörlerinde, kitlenin derin lop içinde yerleşim göstermesi süperfisyel parotidektomiyi zorunlu kılar. Çünkü derin lopta yerleşim gösteren bir kitlenin enükleasyonu, teknik açıdan büyük güçlükler taşımakta ve sinir dallarının yaralanmasına neden olmaktadır.

Kötü huyluluk tanısı konan tümörlerde total parotidektomi geçerli bir yöntemdir. Gerektiğinde mandibula rezeksiyonu ve R.B.D da tedaviye eklenebilir.

Ameliyat sonu dönemde hiçbir olgumuzda fistüllerle karşılaşmadı. İki olguda Frey sendromu gözlemlendi. Bunun, fasyal ve trigeminal sinirlerin çok ince bir iki dalının kesilmesi ve ameliyat sonrası dönemde birbirleriyle kaynaşmasından ileri geldiği sanılmaktadır.

Yüzeysel lopta yerleşim gösteren, fakat fasyal sinir dallarını sarmamış, kötü huylu olduğu sonradan saptanan dört olgu ile diğer tüm iyi huylu tümörlerde süperfisyel parotidektomi ile yetinildi. Ayrıca bu dört olguya ek bir girişimde bulunulmadı. Sinir dallarının sarıldığı durumlarda ise, sinir dalları da kitle ile birlikte çıkartıldı. Masseter kasın atake olduğu olgularda, kasla birlikte alt çenenin o tarafının rezeksiyonunu yeğlemekteyiz. Boyun diseksiyonunu ise boyundaki lenf bezlerinin büyüdüğü ya da metastaz kabul edildiği durumlarda ve kötü huyluluk derecesinin yüksek olduğu tümör cinslerinde tercih edilmiştir.

Fasyal sinirin kesildiği durumlarda, sinir fonksiyonunu kazandıracak rekonstrüksiyon yöntemlerinden uygun olanını seçip uygulamayı öngörmekteyiz.

SUMMARY

We have tried to show our results in the surgical treatment of tumors of the parotid gland. 42 patients with parotid tumors admitted to the department of the Plastic and Reconstructive Surgery of the Gülhane Military Medical Academy between the years of 1970-1980.

We have observed that tumors of the parotid gland are uncommon. The most common benign tumors are mixed tumors and Warthin's tumors. While the most common malignant tumors are myoepidermoid tumors and malignant mixed tumors. The superficial lobe is more affected than deep. The tumors are usually found by the patient and physician confirms its presence.

Treatment of parotid tumors is usually surgical removal. We used different surgical techniques in the treatment of these tumors. We usually preferred superficial parotidectomy in these tumors which were localized in the superficial lobe and were not invaded to the facial nerve and adjacent tissue. If the tumor invaded to the facial nerve and neighboring tissue, radical parotidectomy was selected. If the masseter muscle was invaded by the tumoral tissue, hemimandibulectomy had been chosen. We have also used a radical neck dissection to four patients who have positive lymph nodes at their neck. Before performing radical surgery (parotidectomy) biopsy and frozen section diagnosis were done.

Our results were satisfactory. We didn't have any facial palsy and tumor recurrences. Also we didn't see any complications except one.

KAYNAKLAR

1. Archer, W.: Salivary gland Tumors, in, Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 1 pp. 947-955. W.B. Saunders Company, 1975.
2. Archer, W.H.: Affections of the Salivary glands. In, Oral and Maxillofacial Surg. Vol. 1 chapter 14. pp. 925-944. Saunders company, 1975.
3. Aydın, H., Görgün, B., İskeçeli, O.: Parotis Kistleri, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 1: 80-86, 1975.

4. Borçbakan, C., Gerçeker, M.: Parotis bezi tümörlerinde tedavi görüşlerimiz, Türk Otorino Larengoloji Bülteni Yıl: 3, Sayı 2: 169-178, 1978.
5. Bumin, O.: Parotis bezi cerrahisinde Nervüs Fasialisin Korunması, A.Ü. Tıp Fak. mecmuası 20: 280, 1967.
6. Gaisford, John C., and Hanna, Dwight, C.: Salivary Gland Tumors and Miscellaneous Associated Problems: Diagnosis, Pathology and Treatment. Plastic and Reconstructive Surgery 19: 458-477, 1957.
7. Gaisford, J.C., Hanna, D.C., Richardson, G.S., and Bindra, R.N.: Tumors of the deep lobe of the parotid gland. Am. J. Surg., 116: 524, 1968.
8. Gaisford, J.C., Hanna, D.C., Richardson, G.S., Bindra, N.R.: Parotid Gland Tumors, Plastic and Reconstructive Surgery, 43: 504-509, 1969.
9. Hanna, Dwight C.: Salivary gland tumors. in, Symposium on cancer of the Head and Neck, Total treatment and reconstructive rehabilitation. Ed. by: Gaisford, J.C., The C.V. Mosby Company, Vol. II. Chaptr. 40, p. 352-358, Saint Louis 1969.
10. Hanna, D.C. and Clairmont, A.A.: Submandibular Gland Tumors: Plastic and Reconstructive Surgery 61: 198-203, 1978.
11. Hoopes, John E.: Primary Tumor of the salivary glands and Neck., in, Plastic Surgery, Edited by William C. Grabb, and Smith, James W. pp: 402-422 Little Brown Comp. Boston, 1973.
12. Hugo, N.E., and McKinney, P., and Griffith, B. Herold.: Management of Tumors of the Parotid Gland. In, "Symposium on Head and Neck Surgery" The Surgical Clinics of North America. Ed. By; Block, G.H., W.B. Saunders Comp. Vol. 53., Numb. 1. February Philadelphia, London, Toronto, 1973.
13. Kaya, Sefa: Nervus Facialis'in Cerrahi Anatomisi, Türk Otorino Larengoloji Bülteni, Yıl: 2, Sayı 1: 9-16, 1977.
14. Razzak, M.A., and Sodee, D.B.: Radioisotope Photoscanning of the salivary glands, Am. J. Gastroenterol. 49: 503-505, 1968.
15. Rankow, R.M.: Surgical decisions in the treatment of Major salivary gland tumors, Plast. and Reconstr. Surg. 51: 514, 1973.
16. Richardson, G.S., Clairmont, A.A., Erickson, E.R.: Cystic Lesions of the Parotid Gland, Plastic and Reconstructive Surgery 61: 364-369, 1978.
17. Richardson, G.S., Dickason, W.L., Gaisford, J.C., Hanna, D.C.: Tumors of Salivary Gland. "An Analysis of 752 cases" Plastic and Reconstructive Surgery 55: 131-138, 1975.
18. Robinson, D.W., Masters, F.W.: Surgical treatment of Disease of the Salivary Gland. In, Reconstructive Surgery, Edited by; Converse, J.M. Vol. 5, Chapter 58., pp. 2521-2541., W.B. Saunders Company, Phil.; London. Toronto, 1977.
19. Sodee, D. Bruce and Early Paul J.: Salivary Gland. in, "Technology and Interpretation of Nuclear Medicine procedures" Chaptr. 63 p: 462-465 The C.V. Mosby Company, second Edition, Saint Louis, 1975.

20. Şeşen, M.T., Kaya, S., Berkel, A.I.: Parotis Tümörü olan hastalarda Parotis Salgısındaki İmmüoglobulinlerin kantitatif tayini, Türk Otorino Larengoloji Bülteni, Yılâ 2, Sayı 1: 65-77, 1977.
21. Thackray, A.C.: Histological typing of Salivary gland Tumors, International Histological Classification of Tumors, World Health Organization-Geneva 1972.
22. Thackray, A.C.: Tumors of the Major Salivary Glands. in, Atlas of Tumor Pathology Universities Associated for research and Education in Pathology, Inc. Bexthesda, Maryland 1974.
23. Tinel, Z., Aydın, İ.: Parotis Loju içinde Fasial sinirden oluşmuş Schwannoma Vakası, Türk Otorino Larengoloji Bülteni, Yıl: 2, Sayı 3: 297-306, 1977.
24. Topsever, H.: Parotis Bezi Tümörleri (Baş Asistanlık Tezi) Direktör; Prof. Dr. Cihat Borçbakan, Gül. As. Tıp Akademisi 1965.
25. Wilkie, T.F., White, R.A.: Benign Parotid Tumor with facial Nerve Paralyse "case report" Plastic and Reconstr. Surg. 43: 528-530, 1969.