

## BUKKAL BÖLGEDE PLEOMORFİK ADENOMA: BİR OLGU SUNUMU<sup>#</sup>

### PLEOMORPHIC ADENOMA IN THE BUCCAL REGION: A CASE REPORT<sup>#</sup>

Prof.Dr.Mustafa ÖZTÜRK\*  
Dr.Dt.Filiz TAHTABAŞ\*\*

Dt.Esma BOYSAN\*  
Arş.Gör.Defne AKPINAR\*\*\*

#### ÖZET

**GİRİŞ:** Pleomorfik adenoma majör ve minör tükürük bezlerinin en yaygın (%50) görülen tümörüdür. Minör tükürük bezi tümörlerinin %70'ini pleomorfik adenomalar oluşturur ve en sık görülen intraoral bölge palatinaldir, üst dudak ve bukkal mukoza bu sıralamayı takip eder. Bu tümör genellikle tek taraflı ve yavaş büyüme gösteren, ağrısız, katı kitle şeklindedir. **OLGU:** 56 yaşındaki bayan hasta bukkal bölgede büyüklüğü yavaşça artan ağrısız bir kitle ile Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim dalına başvurmuştur. Yapılan klinik ve radyolojik muayenede sağ bukkal bölgede; palpasyonda ağrısız, sert ve ekstraoral ekspansif kitle tespit edilmiştir. Lezyon kapsülüyle birlikte enükle edilmiştir. Histolojik tetkikler, karsinomatöz odaksız pleomorfik adenoma teşhisini doğrulamıştır. 24 aylık takipte bukkal mukoza iyi bir iyileşme göstermiştir. **TARTIŞMA:** Sunulan olguda ve gözden geçirilen literatürler de minör tükürük bezi tümörlerinin, özellikle pleomorfik adenomanın daha yüksek benign tümör insidansı ile karakterize olduğunu desteklemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Tükürük bezi tümörleri, pleomorfik adenoma, bukkal bölge

#### SUMMARY

**INTRODUCTION:** Pleomorphic adenoma is most common tumor (%50) of the major and minor salivary glands. Seventy percent of the tumors of the minor salivary glands are pleomorphic adenomas, and the most common intraoral site is the palate, followed by the upper lip and buccal mucosa. The tumor is usually solitary and presents as a slow growing, painless, firm single nodular mass. **CASE REPORT:** A 56 -year-old female with a painless buccal mass that slowly increased in size was referred Department of Oral and Maxillofacial Surgery of Dentistry Faculty of Gazi University. Clinic examination and radiographic evaluation was determined painless, firm and extraoral expansive mass in the right buccal region. Lesion was enucleated with its capsule. Histologic analysis confirmed the diagnosis of pleomorphic adenoma with no carcinomatous foci. The 24-month follow up showed good healing of the buccal mucosa. **CONCLUSION:** Through the present case report and review literatures, it is suggested that the minor salivary gland tumors are characterized by the higher incidence benign tumors, especially of pleomorphic adenoma.

**Key words:** Tumors of salivary glands, pleomorphic adenoma, buccal region

#### GİRİŞ

Pleomorfik adenoma majör ve minör tükürük bezlerinin en yaygın (%50) görülen tümörüdür.<sup>1</sup> Çoğunlukla parotis bezinden kaynaklanan ve yavaş büyüyen parotis bezindeki neoplazmların %60-70'inden sorumludur.<sup>2</sup> Minör tükürük bezi tümörlerinin %70'ini pleomorfik adenomalar oluşturur ve en sık görülen intraoral bölge palatinaldir, üst dudak ve bukkal mukoza bu sıralamayı takip eder.<sup>1</sup>

Pleomorfik adenomun etiyojisi tam olarak bilinmemektedir ve benign epitelyal tümör olup hücreleri epitelyal ve mezenşimal diferansiyasyonlar gösterebilir. Pleomorfik terimi hücresele pleomorfizm için değil arşitektürel pleomorfizm için kullanılmıştır. Basit bir

tümör enükleasyonu prosedüründen sonra pleomorfik adenomun % 20-45 arasında bir nüks oranı vardır.<sup>2</sup>

Pleomorfik adenomalar makroskobik olarak; iyi sınırlı, kapsüllü, soliter lezyonlardır. Bu neoplazm 1866 yılında orjinal olarak benign miks tümör olarak adlandırılmış ve klasik mikroskopik tanımı 1874 yılında verilmiştir. İsmi Pleomorfik adenoma olarak değiştirilmesi 1948 yılında önerilmiş ve önemli tartışmaları beraberinde getirmiştir. Pleomorfik adenomanın hücresele bileşenlerini epidermoid hücreler ve myoepitelyal hücreler oluşturmaktadır. Bu hücreler bağımsız orjinlerse, uygun isim "miks tümör"dür. Bu iki hücre genel orjinse lezyon için uygun isim "pleomorfik adenoma"dır.<sup>1</sup> Histolojik olarak, tümör aslında epitelyal orijinli olmakla birlikte

\* Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Ankara

\*\* Sağlık Bakanlığı 75. Yıl Ağız, Diş Sağlığı Merkezi, Ankara

\*\*\* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Patoloji BD, Ankara

<sup>#</sup>Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 15.Uluslararası Kongresinde (Antalya, 29 Ekim- 02 Kasım 2008) poster olarak tebliğ edilmiştir.

diferansiyasyon özelliğinden dolayı son derece farklı hücre tiplerini aynı anda bulundurabilir.<sup>3</sup> Epitelyal, mezenşimal ve stromal komponent olmak üzere başlıca üç komponenti bulunur. Epitelyal komponent, duktuslar, tübüller, solid adalar, küçük kistik yapılar ya da şeritler oluştururlar. Epitelyum; keratinizasyon, kistik yapılar, mukus üretimi, onkositik ve sebasöz farklılaşma alanları oluşturabilir. Mezenşimal komponent miksoid, hyalunize stroma içerisinde dağınık olarak ya da duktuslarla ilişkili halde dizilmiş halde bulunan myoepitelyal hücrelerin yanı sıra spindle, stellat, plasmositoid, şeffaf, epiteloïd karakterdeki modifiye myoepitelyal hücrelerden oluşmaktadır. Stromal komponent ise myoepitelyal hücreler tarafından üretilen asidik mukosubstandlar içerir ve bunun sonucunda kondroid, miksoid, kondromiksoïd, hyalen, osseöz veya adipöz bir form halini alır.<sup>4</sup>

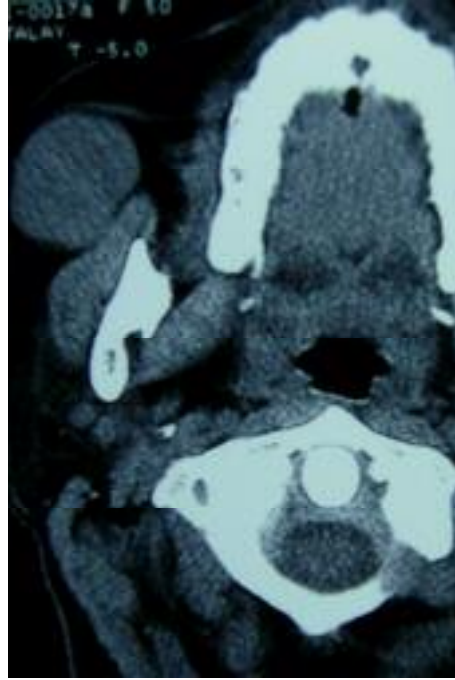
#### OLGU SUNUMU

56 yaşındaki bayan hasta, bukkal bölgede, yavaş büyüyen ağrısız bir şişlik şikayeti ile Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalına başvurmuştur. Hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı tespit edilmiştir. Kitle 10 yıl boyunca yavaş yavaş büyümüştür. Bu süreçte herhangi bir ağrı oluşturmamıştır. Hastanın yapılan klinik muayenesinde sağ bukkal bölgede; palpasyonda ağrısız, sert ve ekstraoral olarak ekspansif kitle tespit edilmiştir (Resim 1).



Resim1. Hastanın lateralden ekstraoral görüntüsü

Hastadan alınan tomografik görüntüler sayesinde kitlenin radyografik değerlendirilmesi yapılmıştır. IV opak madde verilmeden aksiyal planda 3 mm kesit kalınlığında elde edilen kesitlerde; sağ maksiller bölgede cilt altında, 3.5x3 cm boyutunda ciltte deplasmana neden olan, çevre dokulara invazyon göstermeyen kapsüllü kitle tespit edilmiştir (Resim 2).



Resim 2. Sağ bukkal bölgedeki kitlenin BT görüntüsü

Tümöral kitlenin; lokal anestezi altında intraoral yaklaşımla operasyonu gerçekleştirilmiştir. (Resim 3-4)



Resim 3. Çıkarılan kitlenin şekli ve boyutu



Resim 4. Operasyon sonrası ekstraoral görüntü

Kapsülüyle birlikte çıkarılan kitle histopatolojik olarak değerlendirilmesi için patoloji anabilim dalı laboratuvarına gönderilmiştir. Hastanın 24 ay süreyle klinik kontrolleri yapılmıştır (Resim 5-6).



Resim 5. Hastanın 12.ay kontrolü

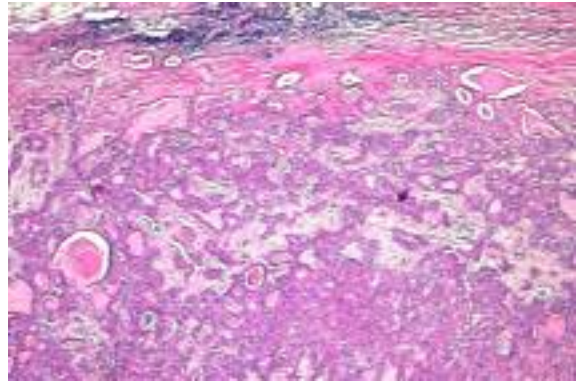


Resim 6. Hastanın 24.ay kontrolü

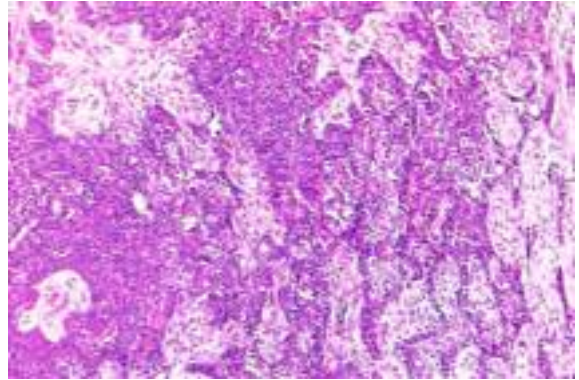
### Histopatoloji

Makroskobik olarak; kitle kapsüllü, 4x3x3 cm boyutunda kirli beyaz renkte sert kıvamlıdır. Dilimlendiğinde kesit yüzünün kirli beyaz renkte difüz homojen benzeri görünümde olduğu izlendi. Histolojik olarak, kapsüllü yapıdaki benign tümöral gelişim

gözlemlendi. Tümör; bir kısmı kordlar bir kısmı ise duktuslar tarzında, yer yer ise solid adalar şeklinde gelişim gösteren hücrelerden oluşmaktadır. Tümör hücreleri, oval, veziküle nukleuslu, eosinofilik sitoplazmalı olup atipi veya mitoz göstermemektedir. Tümör zemini miksoid görünümde olup hyalinli birikimler, küçük kistik dejenerasyonlar ve geniş kıvrımlı alanları içermektedir (Resim 7-8).



Resim 7. Kapsüllü yapıda tümöral oluşum. (H&E x40)



Resim 8. Miksoid stroma içerisinde kordlar ve solid alanlar (H&E x100)

### TARTIŞMA

Tükürük bezi tümörleri nadir olarak görülür ve tüm baş boyun neoplazmalarının %2-6.5'ini oluşturur. 1992 yılında Wal ve arkadaşları<sup>5</sup> yayınladıkları çalışmada tükürük bezi tümörlerinin baş ve boyun neoplazmalarının %3'ünü oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bu neoplazmaların büyük çoğunluğu majör tükürük bezlerinde meydana gelmektedir. Minör tükürük bezinden orijin alan tümörler tüm tükürük bezi neoplazmalarının %25'inden daha azını oluşturmaktadır.

Pleomorfik adenoma tüm tükürük bezi tümörleri içerisinde %33'den %70'e kadar değişen, benign

tümörler içerisinde ise %70.6 dan %100 oranına kadar değişen görülme sıklığı olan minör tükürük bezlerinin en yaygın tümörüdür.<sup>6</sup> Pleomorfik adenomalar parotis tümörlerinin % 70'ini oluşturmaktadır.<sup>7</sup> Hugkes<sup>8</sup> 1995 yılında yaptığı çalışmada parafarengeal bölge tümörlerinin %80'inin benign, %20'sinin malign olduğunu ve %40 oran ile pleomorfik adenomun en sık görülen tümör olduğunu göstermiştir.

Toplumların etnik yapısı ve coğrafi lokalizasyonları tükürük bezi tümörlerinin görülme insidansını etkilemektedir. 1995 yılında Loyala ve arkadaşlarının<sup>9</sup> Brezilyalı 164 hasta üzerinde yaptığı çalışmada pleomorfik adenoma diğer çalışmalarda da olduğu gibi insidansı en yüksek benign tükürük bezi tümörü olarak belirlenmiştir. Fakat görülme yaşı, kadın ve erkeklerde görülme oranı bakımından farklılık göstermiştir.<sup>6</sup> 2005 yılında Toida ve arkadaşlarının<sup>1</sup> 84 Japon hastada yaptıkları çalışmada tüm tükürük bezi tümörleri içinde % 67.1 görülme oranı elde etmişlerdir. 2001 yılında Gök ve arkadaşlarının<sup>10</sup> 112 Türk hasta üzerinde yaptığı çalışmada en sık rastlanan benign tükürük bezi tümörünün %80.9 oranı ile pleomorfik adenoma olduğu ve 1/34 oranında malign transformasyon gösterdiği saptanmıştır.

Minör tükürük bezi orijinli pleomorfik adenomanın en sık bulunduğu bölge palatinaldir. Pleomorfik adenoma vücutta diğer bölgelerde de görülebilir. Campos<sup>11</sup> 1995 yılında yaptığı bir çalışmada en sık sert damakta olduğunu belirtmiştir. Lee<sup>12</sup> 1992 yılında maksiller sinüs kaynaklı ossifiye pleomorfik adenoma olgusu, Bapista<sup>13</sup> 1992 yılında epiglotta pleomorfik adenoma olgusu bildirmişlerdir. 2005 yılında Toida ve arkadaşlarının<sup>1</sup> yaptıkları çalışmada palatinal bölgede görülme sıklığı %81.5 olarak tespit edilmiştir. Palatinal bölgeyi, üst dudak ve yanak mukozası takip etmektedir.

Daha önce rapor edilen çalışmalarda pleomorfik adenomanın cinsiyet bakımından görülme sıklığı için erkek-kadın oranı 1:1.1 ile 1:2.5 arasında değişmektedir.<sup>6</sup>

Pleomorfik adenoma, her yaşta görülebildiği gibi en çok dört ve altıncı dekatlarda görülmektedir. Tükürük bezi tümörlerinin ancak %1-5'i 16 yaş ve altında görülmektedir.<sup>14</sup> Bizim olgumuzda da cinsiyet, yaş ve lokalizasyon açısından literatürle benzer özellikler bulunmaktadır.

Pleomorfik adenoma ağrısız katı şişlik şeklindedir ve çoğu vakada mukoza tabakasının ülserasyonuna

neden olmaz. Genellikle palatinal sert damaktaki oluşumları dışında doku içine yapışık olmayan kısımları mobil olarak hissedilir. Pleomorfik adenomaların gelişimi yavaştır ve bir parmak kalınlığına ulaşması yıllarca sürebilir.<sup>7</sup> Bizim olgumuzda lezyon 4x3x3 cm boyutuna 10 yıl boyunca yavaş bir şekilde büyüyerek ulaşmıştır.

Radyografik değerlendirmede bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır. Sert dokuyu da içerebilen palatinal pleomorfik adenomaların görüntülenmesinde bilgisayarlı tomografi daha çok tercih edilmektedir. Pleomorfik adenomaların formları lastiğe benzeyen sıklıkta ve genellikle lob şeklindeki şişliklerdir. Mukozanın altına yaklaştıkça mavimsi bir görünüm alabilirler.<sup>7</sup> Olgumuzda yapılan ekstraoral muayenede ekspansiyon tespit edilirken, intraoral muayenede herhangi bir patoloji tespit edilmemiştir. Tomografik değerlendirmede ise; yanağı dışarıya doğru iten ekspansif kitle tespit edilmiştir.

Pleomorfik adenomalar özellikle palatinalde iyi sınırlı ve kapsülden yoksundurlar. Palatinal bölgenin lezyonları sıklıkla periostu ve kemiği de içine alır.<sup>1-2-7</sup> Bu olgumuzda; hastanın bukkal bölgesindeki pleomorfik adenoma belirgin sınırlara sahip kapsüllü olarak tespit edilmiştir.

Pleomorfik adenomanın tedavisi radikal cerrahidir, çünkü yetersiz rezeksiyon lokal rekürrense yol açmaktadır. Bu nedenle tedavi için geniş eksizyon gereklidir. Bukkal mukozada enükleasyon, parotis orijinli tümörlerde süperfisiyal veya total parotidektomi uygulanmalıdır.<sup>1</sup> Suttner<sup>15</sup> 1992 yılında yine epiglotta pleomorfik adenoma olgusu bildirmiştir. Suttner bu olguda CO<sub>2</sub> laser ile endoskopik olarak eksizyon yapmıştır. Bizim olgumuzda lezyonun lokal anestezi altında enükleasyonla cerrahi olarak tedavisi yapılmıştır.

Pleomorfik adenoma da malign transformasyon riski düşük olmakla birlikte minör tükürük bezlerinden gelişenlerde bu ihtimal daha yüksektir. Malign transformasyon riskin 5 yıldan kısa süreli tümörler için %1.6 ve 15 yıldan uzun süreli tümörler için ise %9.4 olduğu bildirilmiştir.<sup>16</sup>

Pleomorfik adenomalar önemsenmez ve dikkate alınmazsa çok büyük boyutlara ulaşabilirler ve genellikle malign değişim gösterirler. Pleomorfik adenoma olgularında malign transformasyon, vücutta

kalış süresi ile orantılı olarak artar.<sup>17</sup> Benign bir tümörün malign transformasyonunu destekleyen klinik bulgular ağrı, kitle boyutlarında artış ve fasiyal paralizidir. Pleomorfik adenomlarda malign dejenerasyon oranlarını Eneroth %3, Asley %10 olarak bildirmişlerdir.

Rekürrens açısından parotisten çıkarılan tümörün tamamen çıkarılmasındaki büyük zorluklar değerlendirilmelidir. Fasiyal sinirin özellikle hasara uğraması cerrahi tedavisinde özellikle istenmeyen komplikasyondur.<sup>16</sup> Bizim olgumuzda; hastamızın 24 ay takibi sonucunda nüks ve malign transformasyon gözlenmemiştir.

Sonuç olarak baş boyun bölgesi patolojileri içinde sıklıkla karşılaşılan pleomorfik adenomalar sıklıkla; klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonrasında iyi bir cerrahi planlama ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Ayrıca nüks ve malign transformasyon riski açısından değerlendirmede hastaların uzun süreli takiplerinin yapılması da gereklidir.

#### KAYNAKLAR

1. Clauser L, Mandrioli S, Dallera V. Pleomorphic adenoma of palate, J Craniofac Surg 2004; 6: 1026- 9.
2. Yuca K, Kıroğlu AF, Bayram İ. Parotis pleomorfik adenomaların cerrahi tedavisi, Van Tıp Dergisi 2005;12: 243- 7.
3. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji, 1. Baskı. Ankara: Atlas kitapçılık, 2001. s.116-7.
4. Ellis GL, Auclair PL. Atlas of tumor pathology. Tumors of the salivary glands, Armed Forces Institute of Pathology: Washington DC, 3(17): 39- 57,1996.
5. Wal JE van der, Snow GB. Histological reclassification of 101 intraoral salivary gland tumors, J Clin Pathol 1992;45: 834-5.
6. Toida M, Shimokawa K, Makita Y. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases, Int J Oral Maxillofac Surg 2005;34:528-532.

7. Cawson RA, Odell EW: Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine, 7<sup>th</sup> ed. Spaine: Churchill Livingstone; 2002. p. 264-5.

8. Altun H, Hancı D, Uygur E. Pleomorfik adenomlu olgularımızın cerrahi tedavi ve komplikasyonlarının değerlendirilmesi, İstanbul Tıp Dergisi 2004;3: 8-12.

9. Layola AM, de Araujo VC, de Sousa SO, de Araujo NS. Minor salivary gland tumors: A retrospective study of 164 cases in a Brazilian population, Eur J Cancer B Oral Oncol 1995; 31: 197-201.

10. Gök Ü, Yalçın Ş, Kaygusuz İ. Tükürük Bezi Kitelleri: 112 olgunun analizi, Türk Otolarengoloji Arşivi 2001;2: 104-8.

11. Campos A, Bagan JV, Zapater E. Pleomorphic adenoma of the salivary glands. Acta-Otorrinolaryngol Esp.1995; 4: 331-4.

12. Lee KC, Chan JK. Ossifying pleomorphic adenoma of the maxillary antrum, JLaryngol Otol 1992;106: 50- 2.

13. Baptista PM, Garcia-Tapia R. Pleomorphic adenoma of epiglottis, J Otolaryngol 1992;21: 355- 7.

14. Anadolu Y, Özgürsoy OB, Beton S. Çocukluk çağı parotis pleomorfik adenomaları, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2002; 10: 164-7.

15. Suttner HJ, Stoss H, Iro H. Pleomorphic adenoma of the epiglottis. Case report and review of the literature. HNO 1992; 40:453-5.

16. Okuyucu Ş, Kocatürk S, Han Ü.: Karsinoma Ex-Pleomorfik Adenoma, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27: 35-8.

17. Güney K, Fişenk F, Balkan E. Minör tükürük bezlerine ait pleomorfik adenom KBB ve BBC Dergisi 1997; 5: 34-6.

#### Yazışma Adresi:

Prof.Dr.Mustafa Öztürk

Gazi Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

8.Cd.82.Sk. No: 4 06510

Emek-ANKARA

Tel : 0312 203 43 33

E-posta : mstozturk44@hotmail.com