

Recurrent Parotid Pleomorphic Adenomas: Our Clinical Experience

Parotisin Reküren Pleomorfik Adenomları: Klinik Deneyimimiz

Özgür Kümüş¹, Ahmet Ömer İkiz¹, Sülen Sarıoğlu², Taner Kemal Erdağ¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Original Investigation

Özgün Araştırma

Abstract

Objective: The aim of our study was to present our findings in a series of patients who were treated for recurrent parotid pleomorphic adenoma with their clinical, surgical, and follow-up information and to discuss them in light of the recent literature.

Methods: Eleven patients who had revision surgery for recurrent pleomorphic adenoma at our institution were retrospectively analyzed for the clinical and radiological features of their lesions, surgery type, facial nerve management, and follow-up period.

Results: Seven patients were females and four were males with an average age of 45 years. All patients underwent previous surgeries at other institutions. Revision surgery was performed with superficial parotidectomy in six patients and total conservative parotidectomy with preservation of the facial nerve in five patients. Two patients had lesions involving the facial nerve branches

necessitating sacrifice of involved branches. One patient was given adjuvant radiotherapy because of adjacent lymphatic vessel involvement with tumor cells. During the mean follow-up period of 9.1 years, there were no recurrences in any of the patients.

Conclusion: Management of patients with recurrent parotid pleomorphic adenomas must be carefully planned according to the size, location, and multicentricity of the tumor and involvement of the facial nerve. Surgery should aim at reaching tumor-free surgical margins. Sacrifice of the facial nerve should be considered only in cases with direct involvement. In the postoperative period, patients must be followed up regularly for early diagnosis of recurrences.

Keywords: Parotid neoplasms, pleomorphic adenoma, recurrence, surgery

Öz

Amaç: Çalışmamızın amacı, reküren parotis pleomorfik adenomu nedeniyle tedavi edilen hasta serisinin klinik, cerrahi ve izlem özelliklerini sunarak güncel literatür ışığında tartışmaktır.

Yöntemler: Reküren pleomorfik adenom nedeniyle kliniğimizde revizyon cerrahisi geçiren 11 hasta, lezyonlarının klinik ve radyolojik özellikleri, cerrahi tipi, fasiyal sinir yönetimi ve izlem süreci hakkında geriye dönük olarak analiz edildi.

Bulgular: Olguların yedisi kadın, dördü erkekti ve yaş ortalaması 45 idi. Hastaların tümünün ilk cerrahileri kliniğimiz dışında gerçekleştirilmişti. Altı hastaya süperfisyel parotidektomi, beş hastaya ise fasiyal sinir korunarak total konservatif parotidektomi şeklinde revizyon cerrahileri uygulandı. İki hastada tümör tarafından tutulmuş olduğu saptanan fasiyal sinir dalları

feda edildi. Bir hastaya, postoperatif histopatolojik incelemesinde komşu lenf damarlarında tümör hücreleri izlenmesi nedeniyle adjuvan radyoterapi uygulandı. Hastaların, ortalama 9,1 yıllık izlemlerinde rekürrens ile karşılaşılması.

Sonuç: Reküren parotis pleomorfik adenomlu olguların tedavisinde, tümörün boyutu, yerleşimi, çok odaklı yapısı ve fasiyal sinir ile ilişkisi göz önünde bulundurularak dikkatli cerrahi planlanmalıdır. Uygulanacak yöntem, güvenli cerrahi sınır sağlamayı amaçlamalıdır. Fasiyal sinirin, ancak direkt tutulum saptanan olgularda feda edilmesi düşünülmelidir. Bu hastalar postoperatif dönemde ek rekürrenslerin erken dönemde saptanması açısından düzenli izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Parotis neoplazmaları, pleomorfik adenom, rekürrens, cerrahi

Giriş

Pleomorfik adenom, tüm benign parotis tümörleri içinde %60-70 oranla en sık görülen tümördür.

Yaşamın 4. ve 5. dekadlarında ve kadınlarda daha sık olarak görülmektedir (1). Benign bir tümör olan pleomorfik adenom epitelyal ve myoepitelyal



This study was presented at the 37th Turkish National Congress of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, 28 October - 1 November 2015, Antalya, Turkey.

Bu çalışma 37. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur, 28 Ekim - 1 Kasım 2015, Antalya, Türkiye.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Özgür Kümüş
E-mail: ozgur.kumus@deu.edu.tr

Received Date/Geliş Tarihi: 01.07.2016
Accepted Date/Kabul Tarihi: 17.08.2016

© Copyright 2016 by Official Journal of the Turkish Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Available online at www.turkarchotorhinolaryngol.org

© Telif Hakkı 2016 Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği Makale metnine www.turkarchotorhinolaryngol.org web sayfasından ulaşılabilir.

DOI: 10.5152/tao.2016.1802

hücrelerin farklı morfolojik düzenlerde organize olmasıyla oluşur (2). Genelde parotiste ağrısız, yavaş büyüyen ve fasiyal sinir fonksiyonlarını etkilemeyen bir kitle olarak karşımıza çıkar (3). Tedavisi kitlenin tam olarak cerrahi eksizyonudur (4).

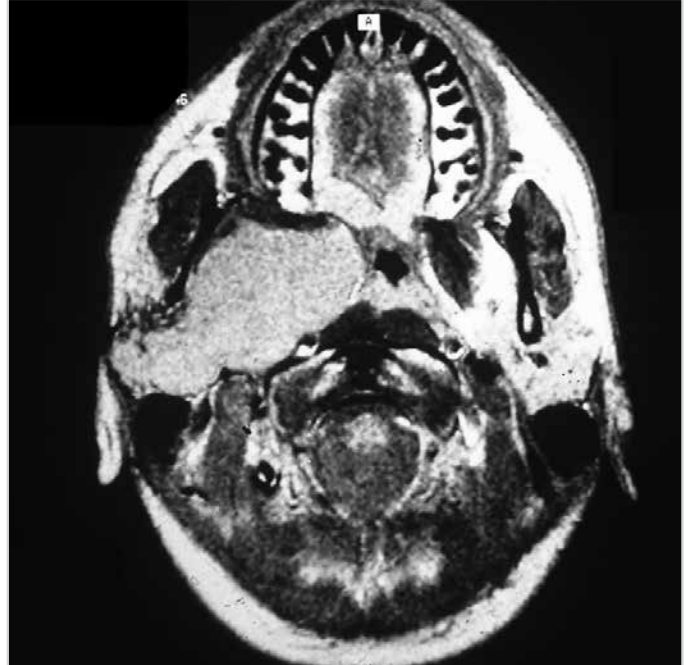
Reküren hastalığa yol açma bakımından cerrahi esnasında oluşan tümör ekimi, yetersiz eksizyon ve tümör psödokapsülünün zarar görmesi şu ana kadar kabul görmüş gerekçelerdir (3, 5). Reküren pleomorfik adenomlar hakkındaki ilk hipotez 1950'li yıllarda Patey ve Thackray (6) tarafından ortaya atılan mikroskobik olarak tümör psödokapsülünden dışarıya doğru saptanan parmaklı uzantılar, diğer bir deyişle psödopodlar ile ilgilidir. Tümörün psödokapsül yapısına yakın uygulanan cerrahilerin, tümör psödokapsülünden dışarıya doğru olan mikroskobik uzantıların yani psödopodların yetersiz rezeksiyonuna yol açarak rekürens riskini artırdığına inanılmaktadır (7). Diğer bir neden ise cerrahi esnasında tümörün psödokapsül yapısının açılması sonrası cerrahi alana olan tümör ekimidir. Reküren pleomorfik adenom olgularının çoğunda insizyon skarı çevresinde oluşan çok odaklı tümörler ve cerrahi esnasında tümörün açıldığı bilinen hastaların izleminde saptanan %5'e kadar artmış rekürens oranları bu hipotezi desteklemektedir (8, 9). Basit enükleasyon uygulanan hastalarda %20-45 arasında rekürens oranları ile karşılaştırıldığı bildirilmiştir (2, 7). Rekürens oranlarının süperfisyal parotidektomi uygulanan olgularda %1-4, total parotidektomi uygulanan olgularda ise %0-0.4'e kadar düştüğü saptanmıştır (5).

Reküren pleomorfik adenom tedavisi için tercih edilecek strateji tam olarak netlik kazanmamıştır. Hiçbir tedavi verilmeyen olgulardan, fasiyal sinir dallarının feda edildiği radikal parotidektomilere ve adjuvan radyoterapi uygulamalarına kadar değişen çeşitli tedavi yöntemleri bildirilmiştir (4, 7, 10-12). Çalışmamızda ilk cerrahilerinden ortalama 11.9 yıl sonra rekürens gelişen 11 hastadaki klinik ve cerrahi özellikler ile izlem sonuçlarına yer

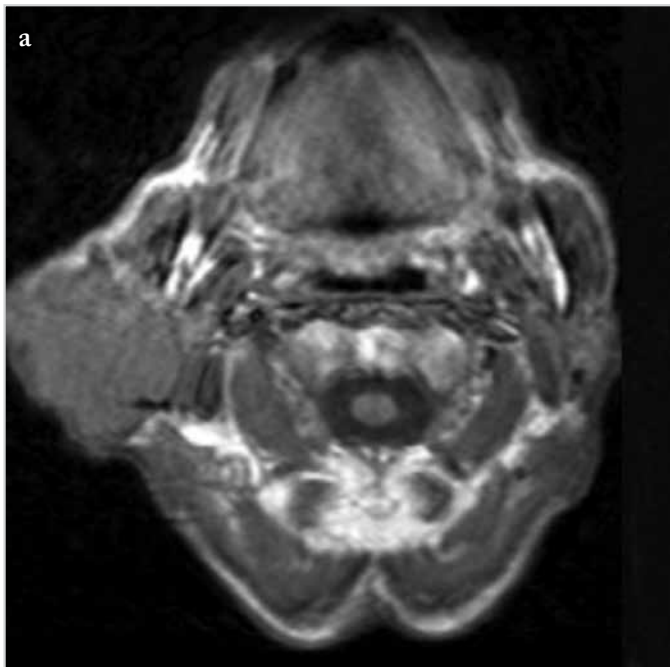
verilerek, reküren pleomorfik adenomlara yaklaşımımız literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Yöntemler

Kliniğimizde Ocak 1990 ile Ocak 2016 tarihleri arasında parotis cerrahisi uygulanarak dosya kayıtlarına ulaşılabilen ve histopatolojik incelemeleri pleomorfik adenom şeklinde sonuçlanan 156 olgu tarandı. Bunların içerisinde, reküren pleomorfik adenom nedeniyle opere edilmiş olan 11 olgu cinsiyet, yaş, izlem süresi, klinik, radyolojik ve operasyon özellikleri yanında izlem sonuç-



Resim 1. Parotis derin lobu ve parafarengeal bölge tutulumu yapan halter tarzı tümör izlenmekte (olgu no: 1)



Resim 2. a, b. 5 numaralı olgunun sağ parotis derin lob uzanımı gösteren kitlesinin MRG görüntülemesi. (a) T1- ağırlıklı kesitte kitlenin izointens görünümü izlenmektedir. (b) T2- ağırlıklı kesitte kitlenin hiperintens ve çok odaklı görünümü dikkati çekiyor

ları ile geriye dönük olarak değerlendirildi. Hasta verilerinin kayıt ve işlenmesinde Microsoft Excel 2013 (Microsoft Excel; Microsoft Corp.; Washington, USA) programından yararlanıldı. Çalışmanın geriye dönük tasarımı nedeniyle hasta onamı alınmadı. Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2015/27-02 kararı ile onaylandı.

Bulgular

Reküren pleomorfik adenom nedeni ile revizyon cerrahisi uygulanan hastaların yedisi kadın (%64), dördü erkek (%36) olup yaş ortalaması 45 (28-64) idi. Revizyon cerrahisi uygulanan olguların tümünün ilk cerrahileri kliniğimiz dışında gerçekleştirilmişti. Hastaların ilk cerrahilerinden sonra rekürens ile kliniğimize başvurmaları arasında geçen süre ortalama 11.9 yıl (2- 21 yıl) olarak saptandı. Olguların epikriz, patoloji raporu ve öykülerinden dokuzuna enükleasyon (%82), ikisine ise süperfisyel parotidektomi (%18) uygulandığı saptandı. Onbir olgudan 10'u ilk rekürensleri nedeniyle opere edildi. Bir olguya ise (olgu no: 3) beşinci rekürens nedeniyle cerrahi uygulandı.

Üç olgunun rekürens tümörlerinde derin loba uzanım mevcuttu, bir olguda ise parafarengeal boşluğa uzanan halter tarzı tümör vardı (Resim 1). Rekürens pleomorfik adenom nedeniyle altı hastaya süperfisyel parotidektomi (%55), beş hastaya ise fasiyal sinir korunarak total konservatif parotidektomi (%45) uygulandı. Tüm hastaların eski cerrahilerine ait cilt insizyon skarları spesmene dahil edildi. Hastaların cerrahileri esnasında operasyon mikroskopu veya lup aracılığıyla büyütmeden yararlanıldı. 2000 yılından sonra opere olan 8 olguda (olgu no:4-11) fasiyal sinir nöromonitörizasyonu (NIM-Response 2.0; Medtronic; Minnesota, ABD) kullanıldı.

Rekürens parotis pleomorfik adenomlu 11 olgunun klinik, operasyon ve izlem özellikleri Tablo 1'de verildi. Preoperatif olarak fasiyal sinir fonksiyonları normal izlenen ve revizyon cerrahisi olarak fasiyal sinirin korunduğu total konservatif parotidektomi uygulanan beş olgunun ikisinde (toplam 11 olgunun ikisinde, %18) (olgu no: 7 ve 8) tümör ile ilişkili fasiyal sinir dalları feda edildi ve postoperatif dönemde ilgili fasiyal sinir motor fonksi-

Tablo 1. Rekürens pleomorfik adenom nedeni ile opere edilen 11 olgunun demografik, klinik ve izlem özellikleri

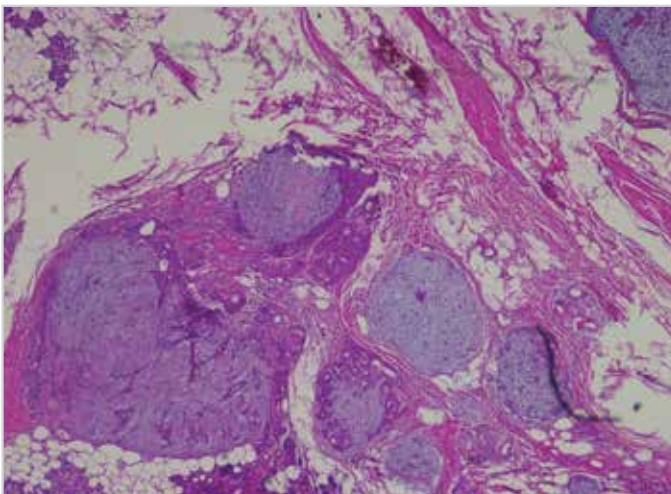
	Cinsiyet	Yaş	Kaçıncı rekürens	İlk cerrahi	İlk cerrahiden sonra geçen süre	Rekürens yeri	Revizyon cerrahi tipi	Postoperatif komplikasyon
Olgu 1	E	28	1	Enükleasyon	5 yıl	Derin lob ve parafarengeal alan uzanımı mevcut	Total parotidektomi	Fasiyal sinir dallarında erken dönemde paralizi, geç dönemde iyileşme ancak sinkinezi
Olgu 2	K	41	1	Enükleasyon	8 yıl	Yüzeyel lob	Süperfisyel parotidektomi	Fasiyal sinir marjinal dalında parezi-geçici
Olgu 3	K	42	5	Enükleasyon	15 yıl	Yüzeyel lob	Süperfisyel parotidektomi + masseter kas eksizyonu	Periorbital fasikülasyonlar
Olgu 4	K	46	1	Enükleasyon	19 yıl	Yüzeyel lob	Süperfisyel parotidektomi	Yok
Olgu 5	E	64	1	Enükleasyon	10 yıl	Derin lob uzanımı mevcut	Total parotidektomi + RT	Yok (Postoperatif lenf damarı yayılımı nedeniyle RT aldı)
Olgu 6	E	47	1	Enükleasyon	20 yıl	Yüzeyel lob	Süperfisyel parotidektomi	Yok
Olgu 7	K	54	1	Enükleasyon	15 yıl	Derin lob uzanımı mevcut	Total parotidektomi	Tümör ile ilişkili olan iki bukkal dal feda edildi-Frey sendromu mevcut
Olgu 8	K	37	1	Enükleasyon	8 yıl	Derin lob uzanımı mevcut	Total parotidektomi	Frontal dal feda edildi - sağ ağız köşesinde bir miktar hareket mevcut, sağ kaş ve göz kapağı hareketsiz
Olgu 9	K	53	1	Süperfisyel Parotidektomi	2 yıl	Yüzeyel lob	Süperfisyel parotidektomi	Yok
Olgu 10	E	45	1	Enükleasyon	21 yıl	Yüzeyel lob	Total parotidektomi	Yok
Olgu 11	K	39	1	Süperfisyel Parotidektomi	8 yıl	Yüzeyel lob	Süperfisyel parotidektomi	Yok



Resim 3. 5 numaralı olgunun preoperatif görüntüsü. Tumorün çok odaklı yapıda olduğu izlenmektedir



Resim 4. 5 numaralı olgunun postoperatif cerrahi spesmeni. Tumorün çok odaklı yapısı ve önceki insizyon skarının spesmene dahil edildiği izleniyor



Resim 5. Yağ dokusu içinde düzgün sınırlı adalar şeklinde pleomorfik adenom alanları - (olgu no: 9) (H&E, orijinal büyütmeX10)

yonlarında kayıp izlendi. Revizyon cerrahisi olarak süperfisyel parotidektomi uygulanan olgularımızdan biri, histopatolojik incelemede, tumorün çok odaklı yapıda olması ve lenf damarlarında tumor hücreleri izlenmesi nedeniyle ek olarak radyoterapi aldı (olgu no: 5) (Resim 2-4). Bir hastada ise masseter kas yüzeyinde de tumor dokuları izlenmesi nedeniyle masseter kası da kısmi olarak spesmene dahil edildi (olgu no:3). Bu hastaların hiçbirinde, ortalama 9.1 yıllık (1-26 yıl) izlem süresinde yeni bir rekürens ile karşılaşılması.

Tartışma

Parotis pleomorfik adenomlarının şu ana kadar kabul görmüş standart tedavisi fasyal sinirin diseke edilerek korunduğu ve tumorün çevre salim doku ile birlikte çıkarıldığı parotidektomidir (2, 8). Riad ve ark. (5) çalışmasında, tumor psödokapsülünün zarar görmesi ve tumor ekiminin, rekürens açısından bağımsız risk faktörleri olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra tumor büyüklüğünün, güvenli cerrahi sınır sağlanamamasının ve fasyal sinir ile ilişkili tumor mevcudiyetinin de rekürens gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak bu faktörlerin genel olarak psödokapsülün zarar görmesi ve tumor ekimine yol açması nedeniyle rekürens yol açan risk faktörleri olduğu saptanmıştır (5). Enükleasyon uygulanan hastalarda, süperfisyel parotidektomiye oranla 9 kat fazla rekürens oranları saptanmıştır (8). Yakın tarihli bir çalışmada ilk cerrahi sonrası rekürens hastalık ile başvuru arasındaki süre yedi ila 10 yıl olarak izlenmiş olup, ilk cerrahi olarak enükleasyon uygulanan hastalarda bu sürenin belirgin olarak daha kısa olduğu belirtilmiştir (9).

Renehan ve ark. (12) 114 olguluk, Carew ve ark. (13) ise 31 olguluk serilerinde yaş ve cinsiyet, rekürens hastalık gelişimi açısından prognostik bir faktör olarak değerlendirilmemiştir. Ancak bazı çalışmalarda ise, kadın cinsiyet rekürens hastalık için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (7, 10). Onbir olguluk serimizde %64 oranla kadın hasta çoğunluğu saptandı. Ancak hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle çalışmamızda yaş ve cinsiyet ile rekürens arasında ilişki araştırılmamıştır.

Rekürens parotis pleomorfik adenom tanısında, lezyonun çok odaklı yapısını daha iyi göstermesi, derin lob ve parafarengeal boşluk uzanımını da saptayabilmesi açısından manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tercih edilecek radyolojik inceleme yöntemidir. Aynı zamanda rezidüel parotis dokusunu tanımaya da yardımcıdır (9). Tumor çoğu zaman T1-ağırlıklı serilerde düşük intensite, T2-ağırlıklı serilerde yüksek intensiteye sahiptir. Kontrastlı serilerde orta düzeyde kontrast tutulumu gösterir (9). Buna rağmen MRG tüm odakların saptanmasını sağlamayabilir. Bazı nodüller operasyon esnasında cerrah tarafından büyütme yardımıyla tanınmakla beraber, çoğu kez patolog tarafından nihai spesimde belirlenir (3). Ultrasonografi (USG) çoğunlukla parotis cerrahileri sonrası izlem amacıyla kullanılmaktadır. Redaelli de Zinis ve ark. (2), serilerinde rutin USG izlemi ile %12.1 hastada rekürens tumor saptadıklarını belirtmiştir. Serimizde ise beş hastamız operasyon öncesi USG ile değerlendirilmiş olup, 10 hastamızın tanısında MRG'den faydalanılmıştır. Olguların tamamında lezyonların çok odaklı görünümü MRG kesitlerinde dikkati çekmiş olup cerrahi planı belirlemede

rol oynamıştır (Resim 1, 2). Ayrıca tüm olgularımızın cerrahileri esasında lup veya operasyon mikroskobu kullanılmış olup, büyütmenin tümörün çoklu odaklarının tanınması ve fasiyal sinir eksplorasyonunda cerraha yardımcı olduğu görülmüştür.

Uygun olarak yapılmayan bir cerrahi sonrası yineleyen pleomorfik adenomda, tümörün yerleşimine göre süperfisyel veya total parotidektomi yapılabilir (9). Önceki cerrahisinde enükleasyon veya sınırlı bir süperfisyel parotidektomi uygulanan ve yüzeyel bir tümör rekürens saptanan hastada mutlak total parotidektomi endikasyonu yoktur; ancak önceki cerrahi insizyon skarı spesimene dahil edilmelidir (9). Stennert ve ark. (3) başta olmak üzere birçok yazar ise süperfisyel parotidektomi sonrası karşılaşılan rekürens hastalıklı olgularda atlanabilecek çoklu odakları da rezeksiyona dahil edebilmek için total parotidektominin uygun olacağı yönünde görüş bildirmişlerdir (3, 10). Ancak yine aynı grup araştırmacılar tarafından yapılan daha yakın tarihli bir çalışmada, uygulanan total parotidektomiye rağmen %52 oranında rekürens ile karşılaşıldığı bildirilmiştir (2, 7). Çalışmamızda sunulan 11 olgunun dokuzunda uygulanan enükleasyonun, rekürens etiolojisinde en önemli faktör olduğu düşünülmüştür.

Tümör fasiyal sinir ile temas halinde ise uygulanacak süperfisyel veya total parotidektomi ile dahi salim çevre doku varlığı garanti edilemeyebilir. Fasiyal sinir diseke edilirken geride mikroskopik hastalık bırakma veya mikroskopik tümör ekimine neden olma riskinin yüksek olabileceği bildirilmiştir (2, 8) (Resim 5). Bu durumda etkilenen fasiyal sinir dallarını da içeren genişletilmiş veya radikal parotidektomi gündeme gelmelidir. Rekürens pleomorfik adenom nedeniyle opere olan olgularda fasiyal sinir dallarının da rezeksiyona dahil edilme oranı %14 ile 30 arasında saptanmıştır (2, 9). Serimizde, preoperatif dönemde fasiyal sinir fonksiyonları doğal olarak izlenen iki olguda tümörün fasiyal sinir ile ilişkili olması nedeniyle mikroskopik hastalık bırakılmaması amacıyla tutulum olan fasiyal sinir dallarının feda edilmesi gerekmiştir. Serimizde %18 olarak saptanan fasiyal sinir dallarının rezeksiyona dahil edilme oranı literatür bilgileri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Parotis cerrahisinde postoperatif dönemde geçici ve kalıcı fasiyal sinir paralizi oranları sırasıyla %9.1-64 ve %0-3.9 olarak bildirilmiştir (9). Bu oran rekürens parotis pleomorfik adenomları için yapılan cerrahiler açısından değerlendirildiğinde geçici ve kalıcı olarak sırasıyla %90-100 ve %11.3-40 olmak üzere belirgin derecede artmış olarak saptanmıştır (9). Bu oran, geçirilen revizyon cerrahi sayısı ile artmakta olup, yüksek komplikasyon oranı skar dokusu ile fasiyal sinirin ayrımının yapılamamasına bağlanmıştır (9, 12, 14). Yapılan bazı çalışmalarda, intraoperatif fasiyal sinir monitörizasyonunun operasyon süresini kısalttığı, kalıcı fasiyal sinir paralizi riskini azalttığı ve postoperatif olarak fasiyal sinir motor fonksiyonlarının geri kazanım süresini kısalttığı gözlemlenmiştir (15, 16). Liu ve ark. (16), rekürens pleomorfik adenom nedeniyle intraoperatif sinir monitörizasyonu altında total parotidektomi uygulanan olgularda kalıcı fasiyal sinir paralizi oranını %10.7, monitörizasyon uygulanmayan olgularda ise %23,3 olarak saptamışlardır. Ancak rekürens hastalık nedeniyle süperfisyel parotidektomi uygulanan olgularda, sinir monitör-

rizasyonunun, cerrahi süresini kısaltmadığı ve fasiyal paralizi derecesine etkili olmadığı saptanmıştır (16). Serimizdeki sekiz olguya da intraoperatif sürekli fasiyal sinir nöromonitörizasyonu uygulanmıştır. İki hastada (%18) postoperatif dönemde geçici olarak fasiyal sinir motor fonksiyonlarında azalma izlenmiş olup, bunlardan birinde sinkinezi ile iyileşme saptanmıştır. Serimizdeki geçici fasiyal sinir etkilenme oranı literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Reküren parotis pleomorfik adenomu nedeniyle yapılan ilk revizyon cerrahisi sonrası lokal kontrol oranları %36-98 arasında saptanmıştır (2, 7, 10, 17, 18). Wittkind ve ark. (7) 5 yıllık izlemde %42, 15 yıllık izlemde %75 rekürens oranı saptamış olup, bir başka çalışmada ise 5 yıllık izlemde %14, 10 yıllık izlemde %31 ve 20 yıllık izlemde %57 şeklinde, izlem süresi uzadıkça artan rekürens oranları bildirilmiştir (2). Serimizdeki 11 olgunun ortalama 9.1 yıllık izlem sürelerinde rekürens izlenmemiştir.

Literatür incelendiğinde rekürens parotis pleomorfik adenomlarında revizyon cerrahi sonrası, tümörün malign transformasyon, rekürens, çok odaklı gelişim ve biyolojik olarak daha agresif bir karakter kazanma riski artmaktadır (9). Çalışmamızda sunulan ve kliniğimizde rekürens hastalık nedeniyle revizyon cerrahileri gerçekleştirilen 11 olgunun tümünün postoperatif histopatolojik değerlendirmelerinin sonucunda tümörün çok odaklı yapıda olduğu ve rekürens açısından yakın izlemin uygun olacağı raporlanmıştır. Olgu serimizde ek rekürens veya malign transformasyona rastlanmamıştır.

Revizyon cerrahisi olarak süperfisyel parotidektomi uygulanan olgularımızdan biri, postoperatif histopatolojik inceleme sonucunda, tümörün çok odaklı yapıda olması ve lenf damarlarında tümör hücreleri izlenmesi nedeniyle radyoterapiye yönlendirilmiştir. Yine Witt ve ark. (9) tarafından yapılan bir derlemede, incelenen bir çok seride adjuvan radyoterapinin çok odaklı ve birden fazla yineleyen hastalıklı olgularda lokal kontrol oranını arttırdığı ve tekrar yineleme durumunda fasiyal sinir hasarlanma-sı riski olan seçilmiş hastalarda uygun olacağından söz edilmiştir.

Sonuç

Yetersiz cerrahi sonrası gelişen rekürens parotis pleomorfik adenomlu olguların tedavisinde tümörün boyutu, yerleşimi, çok odaklı yapısı ve fasiyal sinir ile ilişkisi göz önünde bulundurularak tecrübeli ellerde uygun cerrahi dikkatlice planlanmalıdır. Cerrahi, güvenli cerrahi sınır sağlamayı amaçlamalıdır. Fasiyal sinirin, ancak direkt tutulum saptanan olgularda feda edilmesi düşünülmelidir. Bu hastaların postoperatif dönemde düzenli izlemi, olası ek rekürenslerin erken dönemde saptanması açısından önemlidir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Dokuz Eylül University Noninvasive Research Ethics Board (2015/27-2).

Informed Consent: Informed consent was not received due to the retrospective nature of the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author contributions: Concept - T.K.E.; Design - T.K.E., A.Ö.İ.; Supervision - A.Ö.İ., T.K.E., S.S.; Resource - Ö.K., T.K.E.; Materials - A.Ö.İ., T.K.E., S.S.; Data Collection and/or Processing - A.Ö.İ., T.K.E., Ö.K.; Analysis and/or Interpretation - T.K.E., A.Ö.İ., S.S.; Literature Search - Ö.K., T.K.E., A.Ö.İ.; Writing - Ö.K., A.Ö.İ., T.K.E.; Critical Reviews - T.K.E., A.Ö.İ., S.S.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2015/27-2).

Hasta Onamı: Çalışmanın geriye dönük tasarımından dolayı hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - T.K.E.; Tasarım - T.K.E., A.Ö.İ.; Denetleme - A.Ö.İ., T.K.E., S.S.; Kaynaklar - Ö.K., T.K.E.; Gereçler - A.Ö.İ., T.K.E., S.S.; Veri Toplanması ve/veya işleme - A.Ö.İ., T.K.E., Ö.K.; Analiz ve/veya Yorum - T.K.E., A.Ö.İ., S.S.; Literatür taraması - Ö.K., T.K.E., A.Ö.İ.; Yazıyı Yazan - Ö.K., A.Ö.İ., T.K.E.; Eleştirel İnceleme - T.K.E., A.Ö.İ., S.S.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

- Emodi O, El-Naaj IA, Gordin A, Akrish S, Peled M. Superficial parotidectomy versus retrograde partial superficial parotidectomy in treating benign salivary gland tumor (pleomorphic adenoma). *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68: 2092-8. [CrossRef]
- Redaelli de Zinis LO, Piccioni M, Antonelli AR, Nicolai P. Management and prognostic factors of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: personal experience and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 447-52. [CrossRef]
- Stennert E, Wittekindt C, Klussmann JP, Arnold G, Guntinas-Lichius O. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: a prospective histopathological and immunohistochemical study. *Laryngoscope* 2004; 114: 158-63. [CrossRef]
- Bradley PJ. Recurrent salivary gland pleomorphic adenoma: etiology, management, and results. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 9: 100-8. [CrossRef]
- Riad MA, Abdel-Rahman H, Ezzat WF, Adly A, Dessouky O, Shehata M. Variables related to recurrence of pleomorphic adenomas: outcome of parotid surgery in 182 cases. *Laryngoscope* 2011; 121: 1467-72. [CrossRef]
- Patey D, Thackray AC. The treatment of parotid tumours in the light of a pathological study of parotidectomy material. *Br J Surg* 1958; 477-87. [CrossRef]
- Wittekindt C, Streubel K, Arnold G, Stennert E, Guntinas-Lichius O. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: analysis of 108 consecutive patients. *Head Neck* 2007; 29: 822-8. [CrossRef]
- Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 2002; 112: 2141-54. [CrossRef]
- Witt RL, Eisele DW, Morton RP, Nicolai P, Poorten VV, Zbären P. Etiology and management of recurrent parotid pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 2015; 125: 888-93. [CrossRef]
- Myssiorek D, Ruah CB, Hybels RL. Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Head Neck* 1990; 12: 332-6. [CrossRef]
- Barton J, Slevin NJ, Gleave EN. Radiotherapy for pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 22: 925-8. [CrossRef]
- Renehan A, Gleave EN, McGurk M. An analysis of the treatment of 114 patients with recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Am J Surg* 1996; 172: 710-4. [CrossRef]
- Carew JF, Spiro RH, Singh B, Shah JP. Treatment of recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121: 539-42. [CrossRef]
- Nøhr A, Andreasen S, Therkildsen MH, Homøe P. Stationary facial nerve paresis after surgery for recurrent parotid pleomorphic adenoma: a follow-up study of 219 cases in Denmark in the period 1985-2012. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016; 273: 3313-9. [CrossRef]
- Makeieff M, Venail F, Cartier C, Garrel R, Crampette L, Guerrier B. Continuous facial nerve monitoring during pleomorphic surgery. *Laryngoscope* 2005; 115: 1310-4. [CrossRef]
- Liu H, Wen W, Huang H, Liang Y, Tan X, Liu S, et al. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: Intraoperative facial nerve monitoring during parotidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 151: 87-91. [CrossRef]
- Samson MJ, Metson R, Wang CC, Montgomery WW. Preservation of the facial nerve in the management of recurrent pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 1991; 101: 1060-2. [CrossRef]
- Niparko JK, Beauchamp ML, Krause CJ, Baker SR, Work WP. Surgical treatment of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 112: 1180-4. [CrossRef]