

# Düşük-Dereceli Mukoepidermoid Karsinomanın Ağız Kavitesindeki Nadir Bir Lokalizasyonu

## A Rare Location of Low-Grade Mucoepidermoid Carcinoma in Oral Cavity: Case Report

Cihan BEREKET,<sup>a</sup>  
İsmail ŞENER,<sup>a</sup>  
Mehmet KOYUNCU,<sup>b</sup>  
Uğur MERCAN,<sup>a</sup>  
Nilüfer ÖZKAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
<sup>b</sup>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Cerrahisi AD,  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Samsun

Geliş Tarihi/Received: 25.08.2010  
Kabul Tarihi/Accepted: 14.12.2010

*Bu olgu sunumu, 4. Ağız ve Çene-Yüz Birliği Derneği (AÇBİD)'nin Uluslararası Bilimsel Kongresi (26-30 Mayıs 2010, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Cihan BEREKET  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Samsun,  
TÜRKİYE/TURKEY  
cbereket@omu.edu.tr

**ÖZET** Mukoepidermoid karsinoma (MEK), minör ve majör tükürük bezlerinin en yaygın malign tümörüdür. Birçok derecelendirme sistemi, MEK için tümörün sınıflandırılmasını düşük, orta ve yüksek olarak üçe ayırmıştır. Düşük-dereceli mukoepidermoid karsinoma (DD MEK), intraoral lezyon olarak sıklıkla damakta ve ender olarak retromolar bölgede, minör tükürük bezlerinden gelişebilen nadir bir tümördür. Bu çalışmada, 39 yaşındaki kadın hastanın sol retromolar bölgesindeki DD MEK vakası rapor edilmiştir. Hastaya marjinal mandibular rezeksiyonu, selektif boyun diseksiyonu gerçekleştirilmiş ve oluşan defekt lateral saplı dil flebi ile kapatılmıştır. Radyoterapi için radyasyon onkolojisine hasta konsültasyonu yapılmış ve herhangi bir radyoterapi önerilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tükürük bezleri, minör; karsinom, mukoepidermoid

**ABSTRACT** Mucoepidermoid carcinoma (MEC) is the most common malignancy of the major and minor salivary glands. Most grading systems for MEC are 3-tiered, classifying tumors into low, intermediate, and high grade. Low-grade mucoepidermoid carcinoma (LG MEC) is a rare tumor which can occur in the minor salivary glands as intraoral lesion, more frequently in the palate and very rarely in the retromolar region. In this article, a case of LG MEC in the left retromolar region of 39-years-old female patient was reported. The patient underwent marginal mandibular resection, closure of the defect with lateral pedicle tongue flap, and a selective neck dissection. A radiation oncology consultation was obtained as well, and no radiation therapy was recommended.

**Key Words:** Salivary glands, minor; carcinoma, mucoepidermoid

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2014;20(1):53-6

**M**inör tükürük bezi karsinomaları, oral kavitede nadir görülen tümörlerdendir. İntraoral olarak en sık rastlanılan benign minör tükürük bezi tümörü pleomorfik adenom iken, malign olarak en sık rastlanılan intraoral tükürük bezi tümörü ise mukoepidermoid karsinoma (MEK)'dir.<sup>1,2</sup> MEK majör ve minör tükürük bezi tümörlerinin en çok malignansi gösteren lezyonudur, tükürük bezi malignansilerinin %34'ünü oluşturur.<sup>3</sup> Histolojik olarak MEK epidermoid hücreler, mukus salgılayan hücreler ve bu iki hücre tipinin arasında diferansiyasyon gösteren hücrelerden oluşur.<sup>4</sup> Birçok derecelendirme sistemi, MEK için tümörün sınıflandırılmasını düşük, orta ve yüksek olarak üçe ayırmıştır.<sup>5</sup> Minör tükürük bezlerinden oluşabilen düşük dereceli mukoepidermoid karsinoma (DD MEK) ağız içi lezyonu olarak nadir görülmektedir. Ağız içinde sıklıkla pa-

latinal bölgede ve ağız tabanında görülür.<sup>6</sup> Bu tümör erkeklere oranla kadınları daha fazla etkilemektedir ve etkilenen hastaların çoğu 5. dekadaki yaş grubundadır.<sup>7</sup>

Bu çalışmada, 39 yaşındaki kadın hastanın sol retromolar bölgesinde minör tükürük bezlerinden kaynaklanan nadir DD MEK vakası rapor edilmiştir.

## OLGU SUNUMU

Otuz dokuz yaşındaki kadın hasta, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı Kliniğine, sol retromolar bölgesinde yaklaşık üç yıldır bulunan kitle nedeni ile yönlendirilmişti. Alınan anamnezde, hastamızın bir yıl önce 20 yaş dişini çektiğini ve çekimden sonra bu bölgede tekrarlayan enfeksiyonlarla birlikte şişliğin yavaşça büyüdüğü öğrenilmiştir. Ayrıca, çekimi takiben sol temporomandibuler eklem bölgesinde dönem dönem ağrı hikâyesi de mevcuttu. Hastanın sigara ve alkol alışkanlığı bulunmamakta idi. Klinik muayenede sol retromolar bölgede yüzeysel kabarıklık yaklaşık 1x1 cm büyüklüğünde submukozal lezyon görüldü (Resim 1). Lezyon mandibular lingual bölgeden kret tepesine doğru uzanmakta idi. Panoramik radyografisinde kemik destrüksiyonu veya tümör infiltrasyonu gözlenmedi (Resim 2). Lezyonun oldukça yavaş büyüme sergilemesi, boyutunun küçük olması ve kemiğe doğru herhangi bir infiltrasyon göstermemesi gibi nedenlerden dolayı benign karakterli olduğu düşünüldü. Hastadan “bilgilendirilmiş olur” alınarak, lokal anestezi altında kitle total olarak eksize edildi. Histopatolojik incelemede kitle DD MEK olarak tanımlandı ve cerrahi sınırlarda tümörün devam ettiği gözlemlendi (Resim 3). Bu nedenlerle hasta Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniğine ileri tetkikler ve boyun lenf bezlerinin değerlendirilmesi için yönlendirildi. Hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonuçlarında cerrahi alandaki tümör dokusu varlığı, kemik invazyonu ve boyun bölgesinde lenfadenopati gözlenmedi. Ancak lezyonun MEK olması nedeni ile ikinci bir operasyon planlandı. Hastadan “bilgilendirilmiş olur” alınarak, genel anestezi altında ilk



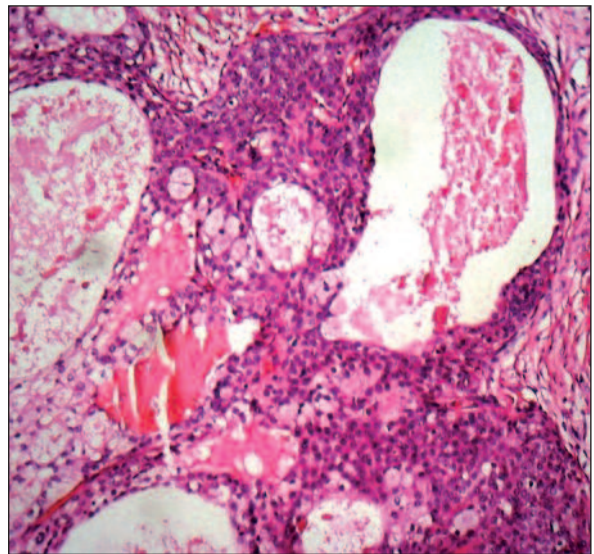
**RESİM 1:** Sol retromolar bölge yerleşimli submukozal şişlik görüntüsü.

(Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dis-hekimligi-bilimleri-dergisi/1300-7734/>)



**RESİM 2:** Panoramik radyografide lezyona komşu kemikte herhangi bir destrüksiyon gözlenmemektedir.



**RESİM 3:** Düşük dereceli mukoepidermoid karsinomanın histolojik kesitlerinde, küçük kistik yapıları döşeyen mukoid ve intermedie epidermoid hücre komponentleri içeren tümör izlenmektedir (HE, x200).

(Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dis-hekimligi-bilimleri-dergisi/1300-7734/>)

cerrahi sınıra komşu kemikte 1 cm'den fazla güvenlik sınırı ile marjinal mandibular kemik rezeksiyonu ve selektif boyun diseksiyonu ekstraoral yaklaşımla gerçekleştirildi. Oluşan defekt lateral saplı dil flebi ile kapatıldı. Boyun diseksiyonu sırasında alınan örnekler ve cerrahi sınır histopatolojik olarak incelendi. Lenf nodu metastazı ve sınırlardaki tümör varlığı negatif olarak raporlandı. Radyoterapi için radyasyon onkolojisine hasta konsültasyonu yapıldı ve herhangi bir radyoterapi önerilmedi. Rutin kontrolleri devam eden hastamızın rezeksiyon sonrası bir yıllık izleminde herhangi bir nüks belirlenmedi.

## TARTIŞMA

MEK majör ve minör tükürük bezlerini etkileyen malign bir tümördür. Tükürük bezi malignansilerinin %34'ünü oluşturur.<sup>3</sup> MEK, düşük, orta ve yüksek dereceli olarak genellikle üç sınıfta incelenmektedir. Düşük dereceli tümör iyi sınırlı, kenarları belirgin ve müsinoz materyal içeren genişlemiş kistik alanlar içermektedir. Kistler müsinoz ve ara hücrelerden oluşurlar.<sup>8</sup> DD MEK genellikle daha az invaziv halde ilerlemektedir ve geçmişte iyi huylu agresif tümör olarak değerlendirilmiştir.<sup>9</sup> Ancak Spiro ve ark., 1978 yılında 367 vakanın analizinden sonra ilk kez, düşük dereceli tümör olsa bile, malign bir potansiyele sahip olduğunu ortaya koymuşlardır.<sup>10</sup> Yine bu tümörün de, düşük de olsa metastaz yaptığı bilinmektedir.<sup>11</sup> Bu durum göz önünde bulundurularak, olgumuzda tümörün cerrahi sınırları geniş tutulmuş ve radyografik olarak boyun lenf nodu tutulumu negatif olmasına rağmen selektif boyun diseksiyonu gerçekleştirilerek olası metastaz riskinin önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Tümörün prognozuyla ilgili yapılan birçok çalışmada; tümörün derecesi, invazyon paterni, klinik evresi, boyutu ve hastanın yaşı gibi faktörlerin önemi ortaya konmuştur.<sup>12,13</sup> Nance ve ark. 2008

yılında yaptıkları çalışma ile MEK hastalarının prognozunun tahmin edilebilmesinde; tümörün histolojik derecesinin, hastanın yaşının ve cerrahi sınırların durumunun önemine dikkat çekmişlerdir.<sup>8</sup> Hastamızın yaşının genç olması, lezyonun boyutlarının küçük olması, lezyonun düşük dereceli olması gibi faktörler prognoz lehine olumlu olmasına rağmen lokalizasyonu risk oluşturmaktadır. Bu nedenle uzun süreli hasta izlemi önem arz etmektedir.

MEK hastalarının sağkalım oranları histolojik derecelendirme ve tümörün klinik evreleri ile yakından ilişkilidir.<sup>14</sup> Spiro ve ark., 1991 yılında 127 MEK hastasında yaptıkları çalışmada; DD MEK hastaları yüksek dereceli mukoeypidermoid karsinomali hastalarla karşılaştırıldığında sağkalım oranlarında artış olduğunu rapor etmişlerdir.<sup>15</sup> Locati ve ark., DD MEK hastalarının 5 yıllık sağkalım oranını %90 olarak bildirmişlerdir. Yine, lokal olarak invazyon gösteren bu lezyonların nüks oranını %15 olarak belirtmişlerdir.<sup>16</sup> Geleneksel olarak cerrahi rezeksiyon, MEK için başlıca tedavi seçeneğidir. Ancak DD MEK ve yüksek dereceli mukoeypidermoid karsinomali klinik özelliklerindeki belirgin fark, tedavi seçeneklerini yönlendirmektedir.<sup>17</sup> DD MEK için lokal cerrahi rezeksiyonun yeterli bir tedavi olduğu bildirilmiştir.<sup>8</sup> Ancak, metastaz şüphesi olan vakalarda boyun diseksiyonu ve sonrasında radyoterapi için radyasyon onkolojisine konsültasyon önerilmiştir.<sup>18</sup> Yine hastaların uzun dönem izlemlerinin altı çizilmiştir.<sup>19</sup> Sunulan olguda minör tükürük bezlerinden kaynaklanan DD MEK'in retromolar lokalizasyon sergilemesi literatür açısından nispeten nadir bir durumdur. Boyun diseksiyonu gerçekleştirilen hastamızın radyoterapi için radyasyon onkolojisine konsültasyonu gerçekleştirilmiş ve radyoterapiye gerek olmadığı bildirilmiştir. Hastamızın erken dönem izlemlerinde lokal nüks gözlenmemiştir. Ancak hastalığın malign seyirli olması nedeni ile izlemleri devam etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis* 2002;8(5):229-40.
2. Lopes MA, Kowalski LP, da Cunha Santos G, Paes de Almeida O. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumours. *J Oral Pathol Med* 1999;28(6):264-7.
3. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg* 1986;8(3):177-84.
4. Brandwein MS, Ivanov K, Wallace DI, Hille JJ, Wang B, Fahmy A, et al. Mucoepidermoid carcinoma: a clinicopathologic study of 80 patients with special reference to histological grading. *Am J Surg Pathol* 2001;25(7):835-45.
5. Luna MA. Salivary mucoepidermoid carcinoma: revisited. *Adv Anat Pathol* 2006;13(6):293-307.
6. David D, Clayman L, Saleh H. Value of fine-needle aspiration biopsy in initial evaluation of floor of the mouth masses: report of a case of low-grade mucoepidermoid carcinoma. *Diagn Cytopathol* 2010;38(2):81-4.
7. Thompson LD. Mucoepidermoid carcinoma. *Ear Nose Throat J* 2005;84(12):762-3.
8. Nance MA, Seethala RR, Wang Y, Chiosea SI, Myers EN, Johnson JT, et al. Treatment and survival outcomes based on histologic grading in patients with head and neck mucoepidermoid carcinoma. *Cancer* 2008;113(8):2082-9.
9. Healey WV, Perzin KH, Smith L. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: classification, clinical-pathologic correlation, and results of treatment. *Cancer* 1970;26(2):368-88.
10. Spiro RH, Huvos AG, Berk R, Strong EW. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: a clinicopathologic study of 367 cases. *Am J Surg* 1978;136(4):461-8.
11. Goode RK, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands. Clinical and histopathologic analysis of 234 cases with evaluation of grading criteria. *Cancer* 1998;82(7):1217-24.
12. Nascimento AG, Amaral LP, Prado LA, Kligerman J, Silveira TR. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: a clinicopathologic study of 46 cases. *Head Neck Surg* 1986;8(6):409-17.
13. Jensen OJ, Poulsen T, Schiødt T. Mucoepidermoid tumors of salivary glands: a long term follow-up study. *APMIS* 1988;96(5):421-7.
14. Ravidis AD, Givalos N, Gakiopoulou H, Stavrianos SD, Faratzis G, Lagogiannis GA, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. Review of the literature and clinicopathological analysis of 18 patients. *Oral Oncol* 2007;43(2):130-6.
15. Spiro RH, Thaler HT, Hicks WF, Kher UA, Huvos AH, Strong EW. The importance of clinical staging of minor salivary gland carcinoma. *Am J Surg* 1991;162(4):330-6.
16. Locati LD, Quattrone P, Pizzi N, Fior A, Cantù G, Licitra L. Primary high-grade mucoepidermoid carcinoma of the minor salivary glands with cutaneous metastases at diagnosis. *Oral Oncol* 2002;38(4):401-4.
17. Lopes MA, da Cruz Perez DE, de Abreu Alves F, de Almeida OP, Kowalski LP. Clinicopathologic and immunohistochemical study of intraoral mucoepidermoid carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134(4): 622-6.
18. Aygenç E, Okay E, Özbek C, Özdem C. [Minor salivary gland carcinomas of the larynx]. *Türkiye Klinikleri J E.N.T.* 2003;3(1):1-3.
19. Kolokythas A, Connor S, Kingsoo D, Fernandes RP, Ord RA. Low-grade mucoepidermoid carcinoma of the intraoral minor salivary glands with cervical metastasis: report of 2 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(6):1396-9.