



## OLGU SUNUMU

# KRONİK PERİFERİK FASİAL PARALİZİLİ HASTADA PRİMERİ BİLİNMEYEN TESADÜFİ PARAFARENGEAL METASTATİK YASSI HÜCRELİ KARSİNOMA

Dr. Gaffar ASLAN

*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Şişli Florence Nightingale Hastanesi KBB-BBC Kliniği, Şişli, İstanbul*

### ÖZET

Parafarengeal kitleler asemptomatik olabilecekleri gibi, rutin muayeneler sırasında tesadüfen de fark edilebilirler. Bu tümörlerin klinik olarak fark edilmeleri için 2.5-3 cm kadar olmaları gereklidir. Parafarengeal kitleler boyunda veya ağız içinde kitle, ipsilateral servikofasial ağrı, trismus, otalji, ses kısıklığı, boğazda yabancı cisim hissi, nefes darlığı ve/veya yutma güçlüğüyle ortaya çıkabilirler. Muayene ve tetkik sonucunda düzelmeyen periferik fasial paraliziyle birlikte parafarengeal malign metastatik kitle tespit edildi. Hastaya 2 yıl önce başka bir sağlık kuruluşunda sol inkomplet periferik fasial paralizi teşhisi konulmuştu. Bu olgu sunumunda kronik periferik fasial paralizili hasta da primeri bilinmeyen tesadüfi parafarengeal metastatik yassı hücreli karsinoma tartışılmıştır.

*Anahtar Sözcükler: Periferik fasial paralizi, Bell paralizisi, parafarengeal kitle, metastatik yassı hücreli karsinoma, primeri bilinmeyen boyun metastazi*

## INCIDENTAL PRIMARY UNKNOWN METASTATIC PARAPHARYNGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN A PATIENT WITH CHRONIC PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS

### SUMMARY

Parapharyngeal masses can be asymptomatic or recognized incidentally during routine examination. These tumors usually reach 2.5-3 cm in size to be recognized clinically. Parapharyngeal mass can present with neck or intraoral mass, ipsilateral cervicofacial pain, trismus, otalgia, hoarseness, foreign body sensation in pharynx, dyspnea and/or dysphagia. Physical examination and imaging studies revealed peripheral facial paralysis with no improvement associated with a metastatic parapharyngeal mass. The patient was diagnosed to have left-sided incomplete facial paralysis 2 years ago in an other otolaryngology department. In this case report, incidental primary unknown metastatic parapharyngeal squamous cell carcinoma in a patient with chronic peripheral facial paralysis was discussed.

*Keywords: Peripheral facial paralysis, Bell's palsy, parapharyngeal mass, metastatic squamous cell carcinoma, neck metastasis of unknown primary*

## GİRİŞ

Parafarengeal bölgenin kitleleri tüm baş boyun tümörlerinin % 0.5' ini oluşturur<sup>1</sup>. Bu tümörler bölge anatomik yapıları ve komşu organları invaze eder. Bu bölge tümörlerinin % 80' i benign % 20' si maligndir<sup>2</sup>. Tümör anatomik yapılarından, komşu yapıların invazyonundan kaynaklanacağı gibi, böbrek, meme, akciğer, testis ve prostat kanserlerinin uzak metastazlarına bağlı da gelişebilir<sup>3,4</sup>.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Gaffar Aslan, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Şişli Florence Nightingale Hastanesi KBB-BBC Kliniği, Şişli, İstanbul, E-mail: cgaslan@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 27 Temmuz 2014, revizyonun gönderildiği tarih: 08 Ekim 2014, yayın için kabul edilme tarihi: 15 Ekim 2014

Tüm parotis bezi kaynaklı tümörlerin % 10'u derin lobdan kaynaklı olup, bunların % 1 kadarı parafarengeal alan içinde gelişerek tonsil ve yumuşak damağın mediale itilmesine sebep olurlar<sup>5,6</sup>. Pleomorfik adenom parafarengeal boşluk tümörleri arasında parotis derin lobundan kaynaklanan en yaygın tümördür (%26-43) ve nadiren de minör tükrük bezi kökenli olabilirler<sup>4,5,7,8</sup>. Parafarengeal bölge, tabanı kafa tabanına tepesi ise hyoid kemiğin büyük boynuzunca oluşturulan ters bir piramid şeklindedir<sup>9,10</sup>. Bu piramidin medialini superior farengeal konstrüktör kas, lateral sınırını mandibula, posteriorunu prevertebral fascia oluşturur ve stiloid çıkıntı bu bölgeyi ön ve arka olarak ikiye ayırır<sup>5,9,10</sup>. Anteriorda (prestiloid) pterigoid kaslar, mandibula, parotis bezinin derin lobu, internal maksiller arter, lingual ve aurikulotemporal sinirler yer alırken posteriorunda (poststiloid) internal karotis arter, internal juguler ven, servikal sempatik zincir, IX.,X.,XI. ve XII. kranial sinirler ile lenf nodları yer alır<sup>9,10</sup>. Bu bölgeden kaynaklanan tümörler genellikle parafarengeal alanın medial duvarını orofarenkse doğru iterek büyürler, bu durum hava yolunun



daralmasına ve yutma güçlüğüne sebep olabilir<sup>11</sup>. Bu olgumuzda, 2 yıldır periferik fasial sinir paralizisi (PFP) nedeniyle takip edilen hasta kliniğimize düzelmeyen PFP nedeniyle başvurdu. Hastaya fasial siniri etkileyen intrakranial bir kitle olup olmadığı yönünde yapılan kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tesadüfen sol parafarengialde tespit edilen kitle nedeniyle yapılan tetkik ve tedavi süreçleri konu edilmiştir.

### OLGU SUNUSU

İki yıl önce diğer bir sağlık merkezinde sol yanda inkomplet PFP teşhisi konulup takip edilen 49 yaşında erkek hasta kliniğimize düzelmeyen yüz felci nedeniyle başvurdu. Hastanın muayenesi, solda inkomplet PFP (House Brackman PFP derece 4; istirahatte hafif asimetri, eforda gözde tam olmayan kapanma, alında hareket yok, ağız maksimum eforda asimetri gözlemlendi (Resim-1,2). Diğer kulak burun boğaz ve baş-boyun muayeneleri normaldi. Bu hastada, PFP açıklamak için yapılan kranial MRG görüntüleme tesadüfen parafarengial alanda 3 cm çapa ulaşmış parotis derin lobla ilişkili kitle tespit edildi (Resim-3).

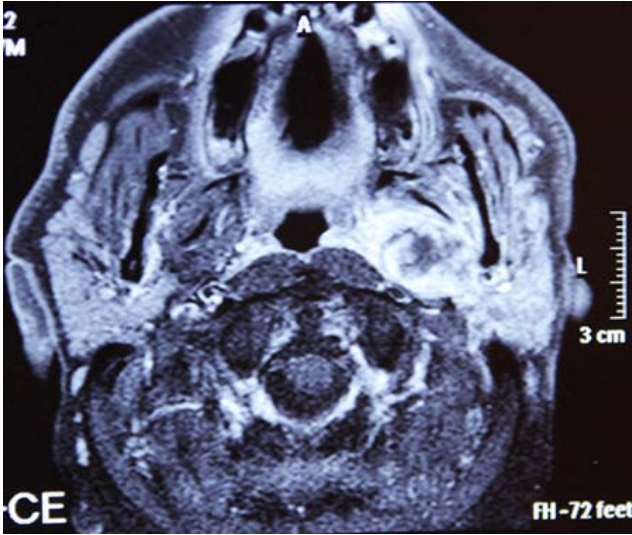
Hastaya total parotidektomi ile parafarengial kitle eksizyonu yapıldı. Kitle kapsüllü olup dokulardan rahatça diseke edilebildi (Resim-4). Cerrahi sırasında kitleyle fasial sinir ana trunkusu arasında bası veya infiltrasyon bulgusu tespit edilmedi. Patolojik incelemede, 3 cm yarı çaplı tümörün solunum yolunun metastazını düşündüren orta derecede diferensiye, büyük hücreli keratinize yassı hücreli karsinomla uyumlu olup, komşu majör tükrük gland asinileri, perinodal yumuşak doku lenfatiklerinde yaygın mikroinvazyonlar, üç adet lenf nodunda metastaz ve perinodal yağlı dokuda da intralenfatik yaygın tümör embolilerine neden olduğu rapor edildi. Hastaya postoperatif 1. ayda pozitron emisyon tomografik (PET) vücut taraması yapıldı, primeri açıklayacak diğer bir odak tespit edilemediğinden primeri bilinmeyen metastatik malign parafarengial kitle teşhisi konuldu. Hastaya postoperatif 1. aydan sonra 21 gün aralıklarla 3 kür kemoterapi (Docetaxel 60 mg/m<sup>2</sup>, Cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup>, 5-Fluouracil 750 mg/m<sup>2</sup>) verildi. Sonrasında 33 kez toplamda 66 Gg radyoterapi verildi. Radyoterapi sırasında haftada bir defada 40 mg/m<sup>2</sup> Cisplatine verildi. Tedavi sonrası 10 aylık fasial sinir fonksiyonlarında değişim olmadığı izlendi.



**Resim 1:** İstirahat görüntüsü.



**Resim 2:** Eforda görüntü.



**Resim 3:** MRG aksial kesitte parafarengial kitle görüntüsü.



**Resim 4:** Kapsüle parafarengial kitle (3x4 cm).

## TARTIŞMA

Parafarengial kitleler asemptomatik olabilecekleri gibi, rutin muayeneler sırasında tesadüfen de fark edilebilirler. Parafarengial boyunda veya ağız içinde kitle, ipsilateral servikofasial ağrı, trismus, otalji, ses kısıklığı, boğazda yabancı cisim hissi, nefes darlığı ve/veya yutma güçlüğüyle ortaya çıkabilirler<sup>5,12-17</sup>. Parafarengial bölgeden kaynaklanan malign tümörlerin büyük çoğunluğu bu bölgedeki lenf bezlerine metastaz yapan tümörlere bağlıdır<sup>2,15</sup>. Primer parafarengial tümörlerin % 45.6' sı tükrük bezinden, % 23.3' ü schwannom ve nörofibrom gibi nöral kaynaklı tümörlerden, % 15.1' i lenf nodundan ve % 16.1 ' i de diğer çeşitli türden kitle olarak

bildirilmiştir<sup>1,3,7,12-14</sup>. Burada tartışılan vakanın parafarengial kitlesi primeri bilinmeyen, orta derecede differansiye, büyük hücreli keratinize yassı hücreli karsinomaydı.

Ayırıcı tanıda, kulak burun boğaz ve baş boyun muayenesi (üst hava yolu panendoskopisi) nazofarenks, dil kökü ve tonsil gibi alanlardan tarama biopsileri, bilgisayarlı tomografi, MRG, anjiyografi ve güncel yaklaşım olan PET-BT gibi tarama teknikleri mutlaka gereklidir<sup>20</sup>. Bu görüntüleme yöntemleri, tümörün preoperatif olarak parotis ile olan ilişkisini ve içeriğini belirleyerek en uygun cerrahi yaklaşım ile kitlenin çıkarılmasına yardımcı olurlar<sup>10,18,19,20</sup>. Bu vakada kitlenin MRG' de sınırlarının belli olması nedeniyle anjio gibi görüntülemeler kullanılmadı. Preoperatif olarak bu bölge tümörlerine BT eşliğinde yapılacak ince iğne aspirasyon biopsileri (%25-%60 arasında değişen) kesin sonuç vermemesine rağmen hala uygulayan otörlerde vardır<sup>20,21,22</sup>. Bu bölge tümörlerinin tedavisi öncelikle cerrahidir. Patolojiye ve hastalığın yaygınlığına göre radyoterapi ve kemoterapi tedaviye eklenir. Parafarengial cerrahide amaç kanama kontrolü, tümörün çevresinde yer alan sinir ve damar yapılarının korunup tümöral oluşumun tamamen çıkarılmasıdır. Biz bu vakada kitlenin 5 cm den küçük ve etraf dokudan kapsüler yapısıyla sınırlı olması nedeniyle total parotidektomiyle parafarengial kitleye kolayca ulaşıp herhangi bir sinir damarı yaralamadan eksize edildi. Postoperatif 1 aylık süreden sonra kemoterapi ve radyoterapi tedavileri yapıldı. Hasta tedavi sonrası 10. ayında sorunsuz olarak takip edilmektedir.

PFP' nin bir çok nedeni bilinmektedir. PFP'e neden olacak patolojilerin erkenden aydınlatılması ve tedavilerinin düzenlenmesi diğer bütün hastalıklarda olduğu gibi hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu ilginç az rastlanır primeri bilinmeyen parafarengial metastatik yassı hücreli karsinom ile PFP'nin beraberliğinin tamamen tesadüfi olduğu anlaşılmıştır. Yapılan cerrahi sonucunda kitleyle fasial sinir ana trunkusu arasında bası infiltrasyon etkisi tespit edilmedi. Ameliyat sonrasında 10 aylık takipte fasial sinir fonksiyonları aynı kalmıştır. Ayrıca parafarengial bölge kitleleri yakın komşuluğu nedeniyle öncelikli olarak servikal sempatik zincir, IX.,X.,XI. ve XII. kranial sinirleri etkilemektedir<sup>8-10</sup>. Bu vakada bu sinirlerle ilgili herhangi bir defisit söz konusu değildir.

PFP ile buna neden olmayacak başka bir patoloji birlikte bulunabilir. Parafarengial kitleler erken dönemde karşıldığında transservikal yaklaşımla eksize edilmeleri yeterli olabileceği gibi, ilerleyen ve boyuna yayılan malign tümörler, morbiditesi yüksek tedavi yöntemleriyle (modifiye radikal boyun





diseksiyonu, total parotidektomi, transparotid parafarengal kitle eksizyonu, transoral robotik cerrahi yaklaşımla kitle eksizyonu, radyoterapi ve kemoterapi) tedavi edilebilirler<sup>20</sup>.

## SONUÇ

Parafarengal bölge tümörleri oldukça nadir görülürler ve genellikle asemptomatiklerdir. Baş boyunla ilgili diğer bir sebepten dolayı çekilen görüntülemelerde tesadüfen karşımıza çıkabileceği gibi burada konu olan periferik fasial paraliye benzer diğer bir primer patolojide eşlik edebilirler. Bu bölge tümörleri çoğunlukla benign olmasına rağmen klinik ve görüntüleme parametreleriyle malign olmadıkları ispat edilemez. İnce iğne biopsisi tanıda yardımcı olabilir. Malignite şüphesi varsa genişçe cerrahi görüş sağlanarak lezyonun tamamının çıkarılması en seçkin tedavi yöntemi olacaktır. Daha sonraki aşamada ise tümörün tanısına göre KT ve RT gibi ek tedaviler verilebilir.

## KAYNAKLAR

- Batsakis JG, Neige N. Parapharyngeal and retropharyngeal space disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98: 320-323.
- Lavson VG, Le Liever WC, Makerewich LA, et al. Unusual parapharyngeal lesions. *J Otolaryngol* 1979;8:241-9.
- Myatt HM, Remedios D. A transpalatal approach to the parapharyngeal space. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 159-162.
- Künzel J, Agaimy A., Krause S.W., Vieth M., Alexiou C. Isolated late metastasis from testicular seminoma presenting as a parotid gland mas: case report and review of the literature. *Curr Oncol* 2013; 20(4):354-358.
- Som PM, Biller HF, Lawson W. Tumors of the parapharyngeal space: preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981; 90(Suppl 8):1-15.
- Morita N, Miyata K, Sakamoto T, et al. Pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space: report of three cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:605.
- Heeneman H, maran AGD. Parapharyngeal space tumors. *J Clin Otolaryngol* 1979;4:57-66.
- Mendelson AH., Bhuta S., Calcaterra TC. et al. Parapharyngeal space pleomorphic adenoma: a 30-year review. *Laryngoscope* 2009; 119:2170-2174.
- Johnson JT. Prestiloid parapharyngeal space. IN: Myers EN(Ed). *Oparative Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Philadelphia. WB Saunders Comp, 1997: 519-27.
- Tom BM, Rao VM, Guglielmo F. Imaging of the parapharyngeal space: anatomy and pathology. *Crit Rev Diagn Imaging* 1991;31:315-56.
- Shoss SM, Donovan DT, Alford RB. Tumors of parapharyngeal space. *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 753-757.
- Olsen KD. Tumors and the surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994;104(5Pt Suppl 63):1-28.
- Tuna EÜ, Acıkan OK,Koç C ve ark. Parafarengal kitle ile bulgu veren okült papiller tiroid karsinoma. *Türk Otolarengoloji XXVI. Ulusal Kongresi Özet kitabı* 2001:105.
- Malone JP, Agrawal A, Schuller DE. Safety and efficacy of transcervical resection of parapharyngeal space neoplasms. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110(12):1093-8.
- Batsakis JG, Neige N. Parapharyngeal and retropharyngeal space disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98: 320-3.
- Myatt HM, Remedios D. A transpalatal approach to the parapharyngeal space. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 159-62.
- Work WP, Hybels RL. A study of tumors of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1976; 84: 1748-58.
- Özcan M, Tuncel Ü, Ünal A, Arda N, Yalçın F. Parafaringeal kitlelere transservikal-transmandibuler yaklaşım. *KBB-Forum* 2002;(2).www.KBB-Forum.net.
- Kazkayası M, Arıkan OK, Dikici O. Parafarengal kitlelere yaklaşım. *KBB ve BBC dergisi* 2008; 16(2):87-92.
- Bradley PB, Paulo TB, Olsen KD. Update on the management of parapharyngeal tumours. *Current Opinion in Otolaryngology and Neck Surgery*, 2011, 19:92-98.
- Oliai BR, Sheth S, Burroughs FH, et al. Parapharyngeal space tumours: a cytopathological study of 24 cases on fine needle aspiration. *Diagn Cytopathol*, 2005; 32:11-15.
- Ohman EL, Branstetter BF, Johnson JT. The utility of fine needle aspiration to identify unusual pathology in the parapharyngeal mass. *Am J Otolaryngol*, 2009 (Epub ahead of print).