

## PALATİNAL MYOEPİTELYOM: 2 OLGU SUNUMU

### MYOEPITHELIOMA OF THE PALATE: 2 CASE REPORTS

Yrd. Doç. .Dr. H.Oğuz KAZANCIOĞLU\*

Dt. Onur ÇAKIR\*\*

Prof. Dr. Gülsüm AK\*\*

**Makale Kodu/Article code:** 608  
**Makale Gönderilme tarihi:** 28.06.2011  
**Kabul Tarihi:** 29.12.2011

#### ÖZET

Myoepitelyom tüm tükürük bezi tümörlerinin %1'inden azını oluşturan nadir görülen bir tümördür. Sıklıkla yaşamın dördüncü ve beşinci dekadında gelişirler ve görülme sıklığı bakımından cinsiyet farkı göstermezler. Genellikle parotis bezinde, daha nadir olmak üzere oral kavitedeki minör tükürük bezleri ve submandibular tükürük bezinde lokalizedir. Genellikle yavaş büyürler ve benign karakterdedirler.

İmmünohistokimyasal özellikleri olan; sitokeratin, vimentin, glial fibriler asit protein, S-100 protein ve muscle-specific actin varlığı değişik derecelerde pozitif saptanması tümör hücrelerinin miyoepitelyal kaynaklı olduğunu doğrulamasına rağmen, tanı çoğunlukla histopatolojik özelliklere dayanılarak konulur.

Tümörün tedavisi, temiz sınırlar oluşturacak şekilde tümörün cerrahi eksizyonu yapılarak gerçekleştirilir. Benign myoepitelyomun prognozu, cerrahi olarak tamamen eksizyonu gerçekleştirilirse iyidir.

Çalışmamızda, palatinal bölgesinde miyoepitelyom gelişen 43 yaşındaki bir erkek hasta ve 64 yaşındaki kadın hasta incelendi ve tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Myoepitelyom, Minör Tükürük Bezi.

#### ABSTRACT

Myoepithelioma is a rare salivary gland tumour. The tumour account for less than 1% of all salivary gland tumours and usually affect patients in the fourth and fifth decades of life, without gender predilection. Most of these tumours are located in the parotid gland, while others occur in the submandibular gland or in the accessory glands of the oral cavity. Reportedly, they grow slowly and pursue a benign clinical course.

Diagnosis is based mainly on the histopathological features, although immunohistochemical analysis is useful to confirm myoepithelial origin of the tumour cells, which are positive for cytokeratin, vimentin, glial fibrillary acid protein, S-100 protein and muscle-specific actin to varying degrees.

Treatment of these tumours consists of surgical excision with tumour-free margins. The prognosis of benign myoepithelioma would appear to be good, provided surgical excision is complete.

In this paper, we reported a case of myoepithelioma of the palatal region in a 43-year-old male and 63 year-old female patients with regard to clinical features and the literature was reviewed.

**Key Words:** Myoepithelioma, Minor Salivary Gland

Tükürük bezleri ve diğer salgı üreten organlarda bazal lamina, asiner ve duktal hücreler arasında yerleşmiş miyoepitelyal hücreler bulunmaktadır. Bu hücreler; epitelyal ve düz kas hücrelerinin özelliklerini birlikte taşırlar. Myoepitelyom ilk defa Sheldon tarafından 1943 yılında tanımlanan ve tüm tükürük bezi tümörlerinin %1'inden azını oluşturan nadir

görülen bir tümördür.<sup>1</sup> Sıklıkla yaşamın dördüncü ve beşinci dekadında gelişirler ve görülme sıklığı bakımından cinsiyet farkı göstermezler. Genellikle parotis bezinde, daha nadir olmak üzere oral kavitedeki minör tükürük bezleri ve submandibular tükürük bezinde lokalizedir. Klinik ve histolojik bulgular temelinde, tümör benign veya malign olarak sınıflandırılabilir.

\* Bezmialem Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalı

\*\* İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalı



Malign myoepitelyom nadirdir ve tüm tükürük bezi tümörlerinin %0.2-0.45'ine karşılık gelir. Eğer tümör benign ise genellikle asemptomatik bir şişlik olarak saptanır.<sup>1,2</sup>

Büyüme paterni solid, miksoid yada retiküler formda olabilir. Morfolojik olarak ise dört tip histolojik varyantı bulunur; içsi (spindle cell) hücreli, plasmositoid hücreli, berrak hücreli (clear cell) ve intermediate form.<sup>3</sup>

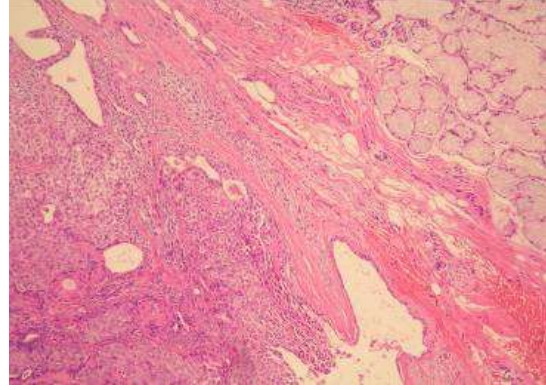
Çalışmamızda, sert damak orta hat bölgesinde minör tükürük bezi kaynaklı myoepitelyom tanılı iki olgu, klinik ve patolojik özellikleri ile sunuldu.

### OLGU SUNUMU

#### Olgu 1:

Sert damak bölgesinde yaklaşık bir senedir yavaş büyüme eğilimi gösteren ağrısız kitle nedeniyle İstanbul Üniversitesi(İ.Ü.) Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi kliniğine başvuran 43 yaşında herhangi bir sistemik hastalığı olmayan erkek hastanın ağız muayenesinde sert damak orta hat bölgesinde 3x2cm boyutlarında kitle palpe edildi. Kitle düzgün yüzeyle ve solid kıvamlıydı. Hastanın yapılan ekstraoral muayenesinde lenfadenopatiye rastlanılmadı. Kitlenin total eksizyonu lokal anestezi altında gerçekleştirilerek histopatolojik incelemeye gönderildi. Biyopsi alınan bölge sekonder iyileşmeye bırakıldı. Mikroskopik incelemede tümör, belirgin pleomorfizm göstermeyen, plasmositoid hücrelerden oluşuyordu. Zayıf vasküler stroma içinde bu hücreler belirgin bir patern oluşturmuyordu. Minör tükürük bezleri ile komşu olan tümör hücreleri izlenmekteydi (Resim1).

İmmünotokimyasal inceleme amacıyla S-100 protein, sitokeratin ve Ki-67 antikorları kullanıldı. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri negatif S-100 protein reaksiyonu, sitokeratin 7 ve 14 ile pozitif reaksiyon verdi. Ayrıca çeşitli derecelerde muscle spesifik antijen (MSA) varlığı görüldü. Proliferasyon işaretleyicilerinden Ki-67 primer antikoruna ile 100 tümör hücresinde %3 pozitif reaksiyon saptandı. Bütün bu bulgulara dayanarak tümöre benign myoepitelyom tanısı konuldu. Çıkarılan kitle 3x2x2.5cm boyutlarında iyi sınırlı, kapsüllü, homojen yapıda ve beyaz renkteydi. Tümör submukoza ile sınırlıydı ve kemik invazyonu görülmedi (Resim2). Hastanın iki yıllık takibinde herhangi bir rekürrens bulgusu saptanmadı.



Resim1. Tükürük bezlerine komşu olan tümör hücreleri(H&E x10)



Resim 2. Lezyon eksize edildikten sonraki klinik görünüm

#### Olgu 2:

Sert damak bölgesinde yaklaşık üç aydır, büyüme eğilimi gösteren ağrısız kitle nedeniyle İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi kliniğine başvuran 64 yaşında herhangi bir sistemik hastalığı olmayan kadın hastanın ağız muayenesinde sert damak posterior bölgede 3x5cm boyutlarında kitle palpe edildi. Kitle düzgün yüzeyle ve solid kıvamlıydı (Resim3). Panoramik görüntülemeye herhangi bir bulguya rastlanılmadı (Resim4). Hastanın yapılan ekstraoral muayenesinde lenfadenopatiye rastlanılmadı. Kitleden lokal anestezi altında biyopsi alındı. Biyopsi alınan bölge sekonder iyileşmeye bırakıldı. Mikroskopik incelemede tümör, epitelyal/myoepitelyal hücrelerle birlikte miksoid hücreler içermekteydi.

İmmünotokimyasal inceleme amacıyla S-100 protein, sitokeratin P63 ve Ki-67 antikorları kullanıldı. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri negatif S-100 protein, zayıf pozitif P63 reaksiyonu ve proliferasyon işaretleyicilerinden Ki-67 primer antikoruna

ile 100 tümör hücresinde %2-3 pozitif reaksiyon saptandı. Bütün bu bulgulara dayanarak tümöre benign myoepitelyom tanısı konuldu. Hasta tümörün eksize edilmesi için İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz kliniğine gönderildi.



Resim 3. Myoepitelyal tümörün ağız içi görüntüsü



Resim 4. Panoramik röntgen görünümü

## TARTIŞMA

Myoepitelyal hücreler majör ve minör tükürük bezleri, lakrimal bezler, ter bezleri, nazal kavite, meme ve prostat gibi sekresyon fonksiyonu olan bir çok dokuda bulunurlar. Myoepitelyomlar nadiren intraoral minör tükürük bezlerinden gelişebilirler ve ağızda en sık olarak sert damakta bulunurlar.<sup>4</sup>

Genellikle benign seyirlidir ve çoğunlukla ağrısız şişlik olarak ortaya çıkarlar. Ortalama çapları 2.1 cm olarak belirtilmiş olup, tümör yıllar içinde yavaş bir büyüme gösterir. Tümördeki en belirgin bulgular; iyi sınırlı, solid, kapsüllü, ülserasyonu olmayan kitledir. Myoepitelyomlar değişik hücresel paternlerde [iğsi (spindle cell) hücreli, plasmositoid hücreli, glikojenden yüklü berrak hücreli (clear cell) ve intermediate form] görülebilirler. Plasmositoid tip tümörler diğer tiplere oranla genelde oral kaviteden, özellikle damaktan kay-

naklanırlar ve sıklıkla pleomorfik adenoma ile karışır. Bazı yazarlar, myoepitelyomu pleomorfik adenomun bir varyantı olarak tanımlamışlardır. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü, tükürük bezi tümörlerinin klasifikasyonunu yaparken myoepitelyomu ayrı olarak sınıflamıştır.<sup>5</sup>

Myoepitelyomlar genellikle 50 yaş üzeri bireylerde gelişirler. Erkek ve kadınlarda görülme sıklığı eşit olup, baş ve boyun bölgesinde en sık parotis bezinden kaynak alır. Parotis tutulumlarında fasiyal paralizi ve boyunda patolojik lenfadenomegali saptanmaz. Myoepitelyomlar genellikle 1-5 cm boyutunda olup, beyaz, sarımtırak veya gri renkli, iyi sınırlı ve düzgün yüzeyli kitleler olarak karşımıza çıkarlar. Parotis miyoepitelyomaları ince fibröz bir kapsül ile sınırlı iken damaktan kaynaklananlar genellikle kapsülsüzdür.<sup>6</sup>

Mikroskopik olarak miyoepitelyomlar çoğunlukla iğsi hücre kümelerinden oluşmakla birlikte, bazıları plasmositoid hücre kümelerinden ya da her iki tip hücrenin kombinasyonundan oluşur. Berrak hücreli formu çok nadirdir. Kollajen çok seyrek ve kondroid alanlar bulunmaz. İmmunohistokimyasal incelemede miyoepitelyomlar, sitokeratin ve S-100 proteini primer antikorları ile yüksek oranda pozitif reaksiyon verirken vimentin, aktin ve miyosin antikorları ile değişen derecelerde reaksiyon verirler. Desmin ile reaksiyon görülmez. Normal miyoepitelyal hücreler vimentin ile reaksiyon vermezken neoplastik miyoepitelyal hücreler pozitif reaksiyon verirler.<sup>7</sup>

iğsi hücreli miyoepitelyomda MSA sıklıkla pozitifdir; oysa plasmositoid tipte sıklıkla negatiftir. Vimentin ve glial fibriler asidik protein de miyoepitelyoma tanısı için kullanılabilir.<sup>8</sup>

Myoepitelyomlar nadir görülen tükürük bezi tümörlerinden olup, özellikle pleomorfik adenomadan ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Myoepitelyomlar tamamen yada büyük oranda miyoepitelyal hücrelerden oluşurlar; fakat pleomorfik adenomda çeşitli oranlarda miyoepitelyal hücreler bulunur. Ayrıca pleomorfik adenoma oldukça fazla miktarda kanal içerirken, miyoepitelyomlarda ya çok az sayıda kanal bulunur; ya da hiç kanal bulunmaz.<sup>8,9</sup>

Myoepitelyomların ayırıcı tanısı ayrıca S-100 protein boyaması negatif olan leiomyoma ile yapılır. Schwannomalar S-100 pozitif olmasına rağmen kendine özel karakteristik özellikler taşımaktadırlar. Düşük dereceli polimorfizm gösteren adenokarsinoma;

infiltratif olarak büyümesi ile, iyi sınırlı olarak büyüyen myoepitelyomlardan ayırt edilir.<sup>9</sup>

Myoepitelyomlar genellikle benign tümörlerdir. Ancak infiltratif büyüme, nekrotik alanlar, sitolojik atipi, yüksek mitotik aktivite ve hücrel pleomorfizm bulgularının varlığına bağlı olarak malignite düşünülebilir.<sup>10</sup> Literatür incelendiğinde Ki-67 miktarı %10'u geçen olgularda myoepitelyal karsinom tanısının konulduğu görülmektedir.<sup>11</sup>

Myoepitelyomun nüks oranının pleomorfik adenoma göre biraz daha az olduğu bildirilmiş olup yine de cerrahi olarak tamamen eksizyonun gerektiği savunulmuştur.<sup>12</sup> Kitlenin genellikle benign özellikte olduğu göz önünde bulundurulmalı, eksizyon sınırları ve rekonstrüksiyon buna göre planlanmalıdır.<sup>8</sup> Benign myoepitelyomların prognozu iyidir ve tedavisi cerrahi eksizyondur. Radyoterapi sadece cerrahi tedavinin uygun olmadığı düşünüldüğünde kullanılır.<sup>13</sup>

#### KAYNAKLAR

1. Sheldon W. So-called mixed tumors of the salivary glands. Arch Pat hol 1943;35(1):1-20.
2. Kanazawa H. Plasmacytoid Myoepithelioma of the Palate. J Oral Maxillofac Surg 1999;57(7):857-60.
3. Morinaga S, Nakajima T, Shimosato Y. Normal and neoplastic myoepithelial cells in salivary glands: an immunohistochemical study. Hum Pathol 1987;18(12):1218-26.
4. Neville BW: Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia: PA Saunders: 1995.p.341.
5. Seifert G: Histological Typing of Salivary Gland Tumours. 2 ed. World Health Organization Internatonal Histological Classification of Tumours. Berlin; Springer Verlag:1991.p.12.
6. Barnes L, Appel BN, Perez H, El-Attar AM. Myoepithelioma of the head and neck: case report and review. J Surg Oncol 1985;28 (1):21-8.
7. Tamai M, Nomura K, Hiyama H. Aspiration cytology of malignant intraductal myoepithelioma of the breast. A case report. Acta Cytol 1994;38 (3):435-44.
8. Thompson SH, Bender S, Richards A. Plasmacytoid myoepithelioma of a minor salivary gland. J Oral Maxillofac Surg 1985;43(4):285.
9. Ferri E, Pavon I, Armato E, Cavaleri S, Capuzzo P, Ianniello F. Myoepithelioma of a minor salivary

gland of the cheek: case report. Acta Otorhinolaryngol Ital 2006;26 (1):43-6.

10. Suba Z, Nemeth Z, Gyulai-Gaal S, Ujpal M, Szende B, Szabo G. Malignant myoepithelioma. Clinicopathological and immunohistochemical characteristics. Int J Oral Maxillofac 2003;32 (3): 339-41.
11. Nagao T, Sugano I, Ishida Y. Salivary gland malignant myoepithelioma. A clinicopathologic and immunohistochemical study of ten cases. Cancer 1988;83 (7):1292-9.
12. Politi M, Toro C, Zerman N, Mariuzzi L, Robion M. Myoepithelioma of the parotid gland: Case report and review of literature. Oral Oncology EXTRA 2005;41 (6):104.
13. Wang S, Shi H, Wang L, Yu Q. Myoepithelioma of the Parotid Gland: CT Imaging Findings. AJNR Am J Neuroradiol 2008;29 (7):1372-5.

#### Yazışma Adresi

Hakkı Oğuz Kazancıoğlu  
Bezmialem Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi  
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi ABD  
34093 / Fatih/ İstanbul  
Tel: 0 (212) 453 17 00  
Fax: 0 (212) 621 75 80  
E-mail: dt\_oguz@yahoo.com

