

# Küçük Tükruk Bezinde Bir Malign Onkositoma Olgusu

Dr. Özden Günel\* / Dr. Gülşen Çoruh\*\* / Dt. Taha Ünal\*\*\*

Oksifilik granüler hücreli adenoma, oksifilik adenoma, asidofilik adenoma, eosinofilik adenoma ve piknositoma adlarıyla da bilinen onkositoma büyük asidofilik hücrelerden (onkosit) oluşur.<sup>3</sup> Bu hücreler Hamperl (1931) tarafından tanımlanmıştır ve normalde yaşlı şahısların tükruk bezleri, solunum yolları ve özofagus duvarındaki bezlerde; paratiroid, tiroid, hipofiz, böbrek üstü bezi ve böbrek dokusunda bulunur.<sup>5,9,16</sup>

Tükruk bezi onkositomaları oldukça nadir, benign tümörlerdir. Küçük tükruk bezlerinde ise, sadece üç olgu bildirilmiştir.<sup>7,18</sup> Bu olguların tümü benign lezyonlardır.

Sunacağımız onkositom olgusu iki yönden ilginç özellik taşımaktadır. Biri; sert damak lokalizasyonu gösterip küçük tükruk bezlerinden gelişmiş olması, diğeri ise; bu tümörlerin genellikle benign özellik taşımalarına karşın, olgumuzun histolojik malignite kriterlerine sahip olusudur. Bu nedenle kaynaklardaki bilgilerin ışığında olgumuzu sunmayı amaç edindik.

## Olgu

A.G., 64 yaşında ev kadını. Tıp Fakültesi K.B.B. Kliniğine, 31.3. 1976 tarihinde 6 yıldır ağzının sağ üst bölümünde kitle yakınmaları ile başvuruyor. Fizik bakıda; tabanı sağ üst arkus alveolariste orta sertlikte, üzcrinde küçük bir ülserasyon gösteren, mandalin büyüklüğünde kitle saptanarak tümü ameliyatla alınmıştır (Şekil 1).

\* E. Ü. Tıp Fak. Patoloji Kürsüsü Doçenti.

\*\* E. Ü. Tıp Fak. Patoloji Kürsüsü Uzman Asistanı.

\*\*\* E. Ü. Diş Hek. Fak. K. Ö. B. B. Patoloji Disiplini Dr. Ass.



Şekil 1

Ağız boşluğunda, tabanı sağ üst arkus alveolariste, üzeri ülser mandalin büyüklüğündeki kitle.

#### Patoloji

**Makroskopik Bulgu:** Boyutları 5x4x4 cm. olan, kabaca küre şeklinde bir yüzünde 2x1 cm. genişlikte ülser alanı taşıyan mukoza ile örtülü ve diğer kısımları kapsüllü, orta sertlikte ameliyat piyesinin kesit yüzü kirli sarı renkte ve lobüler desen gösteriyor (Şekil 2).

**Mikroskopik Bulgu:** Damak mukozası altında yer yer değişik kalınlıklarda fibröz kapsül ile çevrili tümör dokusu. Tümör ince, yer yer ödemli bazı alanlarda da hyalinize fibrovasküler stromaya dayalı epitel küme ve anastomoze kordonlarından oluşuyor (Şekil 3). Tümör hücreleri oldukça geniş eosinofilik, düzensiz sitoplazmalı olup, bir kenara yerleşmiş değişik derecelerde, şekil ve büyüklük farkı gösteren oval yada yuvarlak nükleuslara sahip. Tümör kitlesinin merkezine yakın bir alanda hücrelerdeki şekil, büyüklük farkı ve nüve değişiklikleri çok daha belirgin. Arada dev hücre yapıları dikkati çekiyor. Özellikle bu alanlarda hücreler çarpıcı şekilde pleomorfik (Şekil 4,5).

#### Tartışma

Onkositoma terimi ilk olarak Jaffe<sup>17</sup> tarafından, çoğunluğu onkositlerden oluşan tükrük bezi tümörlerini ve özellikle adenolenfomayı ta-



Şekil 2

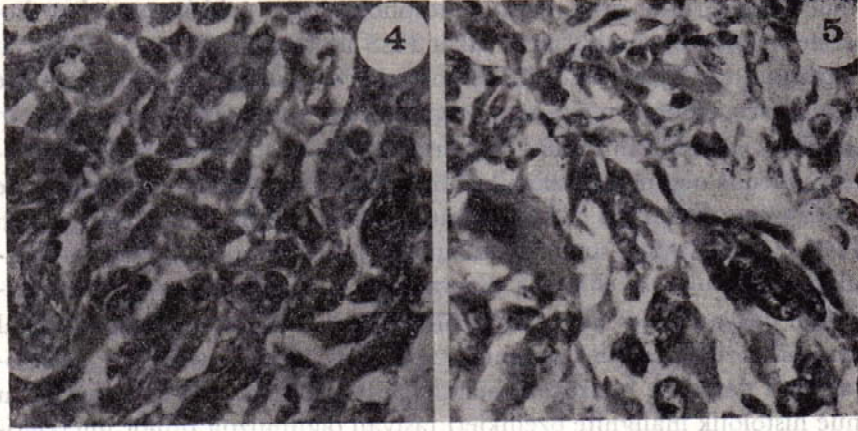
Tümörün çıkarıldıktan sonra sol tarafta üst yüzden, sağ tarafta kesit yüzü ile birlikte makroskopik özellikleri.



Şekil 3

Damak mukozası altında kapsüllü tümörün genel görünüşü. X 44

nımlamak için ortaya atılmıştır. Onkositomanın tanımlanmasında yazarlar arasında bazı görüş ayrılıkları vardır. Jaffe (1932), Tonelli (1948) ve Fcyrtter (1963), papiller kistadenom lenfomatosisunu da onkositoma olarak sınıflandırmaktadırlar.<sup>15</sup> Bu, her iki tümörde de onkositlerin varlığı nedeniyledir. Buna karşın Ackerman (1943), Meza-Chavez (1949), Foute ve Frazell (1954) ve Aksu (1963) iki tümör arasındaki benzerliğe işaret etmekle birlikte, histolojik yapıları arasındaki, özellikle



Şekil 4

Tümör hücrelerindeki tüm atipi kriterleri birarada izleniyor. X 440

Şekil 5

Birkaç atipik tümör dev hücresi. X 440

lenfatik doku bakımından fark üzerinde durmuşlardır.<sup>1,9</sup> Gerçek onkositomada, papiller kistadenoma lenfomatosisinin zıddına lenfoid doku yoktur.

Hamperl'in tarifinden 50 yıl kadar önce, çekirdek ve sitoplazmalarının yapısı ile ayrılan bazı hücreler, histologların dikkatini çekmiş ve Zimmerman, hücre çekirdeğinin yoğunluğu nedeniyle bunlara piknositler adını vermiştir.<sup>2,16</sup> Daha sonraları Hamperl, çekirdeğin piknozumsu yoğunluğuna karşın sitoplazmanın şişkinliğinin daha belirgin bir özellik olduğunu görmüş, Yunanca "onkousthai-şişmek" sözcüğüne dayanarak onkosit deyimini kullanmıştır.<sup>16</sup>

Onkositler; küçük santral yerleşmiş piknotik nukleuslu, bol ve oldukça eosinofilik sitoplazmalı büyük hücrelerdir.<sup>23</sup> Sitoplazmada normalde değişik miktarlarda asidofilik granüller vardır. Elektron mikroskopta sitoplazmanın mitokondriumlardan zengin olduğu saptanmıştır.<sup>20,24</sup> Histoşimik olarak bol miktarda oksidatif enzimler (Cytochromoxydase, Succino-Dehydrogenase ve DPN-Diaphorase) ve adenosine triphosphatase'in varlığı gösterilmiştir.<sup>15,16</sup>

Johns ve arkadaşları<sup>19</sup> histoşimik olarak onkositlerin minimal histoşimik özelliklerinin tamamını taşımayan hücreler için, "oncocytoid" terimini kullanmış ve bu özellikteki hücrelerden oluşmuş malign tümörlere de onkositoid karsinoma adını vermişlerdir. Fayemi ve Toker,<sup>13</sup> parotis bezinde saptadıkları malign onkositom olgusunu bildiren yazılarında bu tümörlerin içerdikleri bol granüllü, eosinofilik sitoplazmalı

tümör hücrelerinde granüllerin Phosphotungstic acid-hemtoxylen boyası ile maviye boyandıklarını, fakat PAS ile negatif sonuç verdiklerini bildirmişlerdir. Aynı şekilde Leventon ve arkadaşları<sup>21</sup> da yine parotiste saptadıkları malign onkositom olgularında bazı tümör hücrelerinin vakuolleri içerdiklerini, fakat bunların PAS negatif olduğunu belirtmişlerdir. Kendi olgumuzda her iki boya denenmiş, fakat her ikisinden de negatif sonuç alınmıştır. PAS boyasının zaten negatif olması beklenirken PTAH ile de negatif sonucun alınması Johns ve arkadaşlarının<sup>19</sup> iddialarını doğrular niteliktedir. Kamımızca histolojik tüm malignite kriterlerini taşıyan kendi olgumuzda tümör hücreleri onkositlerin minimal histoşimik özelliklerinin tamamını taşımayan, fakat onkositlere şekil olarak ileri derecede benzeyen hücreler niteliğindedir. Diğer taraftan bu sonuç histolojik malignite özellikleri taşıyan olgumuzda tümör hücrelerinin kökenini aldıkları esas hücreleri ancak morfolojik olarak kötü taklit etmelerine, fakat histolojik malignite derecesi ile orantılı olarak esas hücrelerdeki bazı histoşimik özelliklerden yoksun olmalarına da bağlanabilir. Örneğin; embriyoner rabdomyosarkomlarda tümör hücrelerinde striasyonu ne rutin ne de çeşitli boyalarla görmek mümkün değildir. Bu bakımdan olgumuzu Johns ve arkadaşlarının<sup>19</sup> ileri sürdüğü gibi, bir onkositoid karsinom yada bir malign onkositom olarak değerlendirmek gerekir. Biz, tümör hücrelerinin onkositlere rutin boyalarla ileri derecede benzemesi ve tümörün pleomorfik özellikte olsa da hep aynı tip hücrelerden oluşması, kesinlikle başka bir komponentin bulunmayışı nedeni ile pür bir malign onkositom olarak yorumladık.

Onkositler tükrük bezlerinde 70 yaşın üstündeki şahısların hemen hepsinde bulunmakla birlikte, 50 yaştan önce nadiren, 20 yaştan önce ise hiç bulunmazlar.<sup>19</sup> Kaynaklardaki onkositom olgularında yaş 40-80 arasında değişmektedir. Ancak olguların çoğunluğu 50 yaşın üzerindedir.<sup>1,2,3,8,9,18,19</sup> Bizim olgumuz 64 yaşında olup, kaynaklardaki değerlere uymaktadır. Cins eğilimi ortalama 6 katı oranında kadınlarda olup, bu da olgumuza uygunluk göstermektedir.

Onkositomalar çoğunlukla büyük tükrük bezleri ve özellikle parotiste görülür. Değişik çalışmalara göre, bu organ tümörlerinin ancak % 0,5-1 ini oluşturur.<sup>4,10,11,13,14,22</sup>

Leventon ve arkadaşlarının<sup>21</sup> yazılarında ise onkositik tümörlerin büyük tükrük bezlerinde nadir olduğu, bildirilen olguların çoğunun nazofarenks ve sert damağın küçük tükrük bezlerinden çıkarıldığı bildirilmektedir. Olgumuz lokalizasyonu yönünden sert damakta küçük tükrük bezlerinden gelişmesi ile ilginçliğini korumaktadır.

Onkositomanın malign şekli oldukça nadirdir.<sup>12</sup> İlk olgu Bauer ve Bauer (1953) tarafından bildirilmiş ve daha sonra, Buxton ve arkadaşları (1953), Sikorowa (1957), Marucci ve arkadaşları (1962), Hamperl (1962) Eneroth (1965), Ungerecht (1966), Briggs ve Evans (1967), Bazaz-Malik (1968), Johns ve arkadaşları (1973), Fayemi ve Toker (1974), Leventon ve arkadaşları (1976) malign onkositom olguları yayınlamışlardır. Bildirilen klinik özellikler lenf düğümü, uzak organ metastazları ve lokal rekürrens olup, histolojik olarak da oksifilik granüler hücrelerde birden fazla nükleus, sitoplazma eosinofilisinin kaybı, nekroz alanları, kan ve lenf yollarının oksifilik hücrelerle invazyonu yazılmıştır.<sup>1,2,3,6,9,13</sup>

Genellikle tümörlerde histolojik ve biyolojik malignite beraber seyretmektedir; fakat bazı tümörlerde de bu beraberliğin dışında histolojik malignite yada histolojik malignite belirgin olmadan biyolojik malignite ayrı ayrı da saptanabilmektedir. Biyolojik maligniteye örnek olarak carcinoid tümörler verilebilir. Bazen de klinik takibi tam sağlanamayan olgularda pür histolojik malignite kriterleri patologlar tarafından ön plana alınabilir. Olgumuzun özelliği; sert damaktaki lezyonun altı yıldır yavaş gelişmesi, ağız boşluğuna doğru bir kitle oluşturması, oldukça düzenli kapsüle sahip oluşu yanında tümör kitlesi içinde kesin histolojik malignite kriterlerinin bulunmasıdır. Ayrıca tümör hücrelerinde onkositlere ait minimal histosimik özelliklerin saptanamayışı da bu hücrelerin malignite dereceleri ile orantılı bir özellik olarak kabul edilmiştir. Bu bilgilerin ışığında biyolojik malignitesi klinik yönden takip edilemeyen olgumuzda kesin olan histolojik malignite, büyük bir olasılıkla sert damakta benign olarak başlayan lezyonun altı yıllık süre içinde malign bir dejenerasyona uğraması şeklindedir.

Gerçekten Briggs ve Evans<sup>6</sup> da, sert damakta izledikleri malign onkositom olgularını bildirdikleri yazılarında 1974 yılına kadar kaynaklarda mevcut olgular içinden üçünün benign bir onkositomadan gelişmiş malign onkositomalar olduklarını belirtmişlerdir.

### Özet

Altmış dört yaşındaki bir kadın hastada damaktaki küçük tükürük bezlerinden kökenini almış bir malign onkositoma olgusu takdim edilmiş ve konu ile ilgili kaynaklar gözden geçirilmiştir.

### Summary

A case of malignant Oncocytoma arising from the minor salivary glands of the hard palate in a 64 year old woman is presented and the relevant literature is reviewed.

## KAYNAKLAR

1. Aksu, Y.: Onkozytom der Parotis. Zbl. Allg. Path. path. Anat., **104**: 260, 1963.
2. Bauer, W. H. and Bauer, J. D.: Classification of Glandular Tumors of Salivary Glands. Study of 143 Cases. Arch. Path. **55**: 328, 1953.
3. Bazaz-Malik, G. and Gupta, D. N.: Metastasising (Malignant) Oncocytoma of the Parotid Gland. Zeitschrift für Krebsforschung. **70**: 193, 1968.
4. Bhaskar, S. N.: Synopsis of Oral Pathology, Third ed the C. V. Mosby Company, 474, 1969.
5. Blanck, C.,; Eneroth, C. M. and Jakobsson, P. A.: Oncocytoma of the Parotid Gland: Neoplasm or Nodular Hyperplasia? Cancr, **25**: 919, 1970.
6. Briggs, I. and Evans, I. N. G.: Malignant oxyphilic granular-cell tumor (oncocytoma) of the palate "Review of the recent literature and report of a case". Oral Surg. **23**: 796, 1967.
7. Cohen, M. A. and Batsakis, J. G.: Oncocytic Tumors (Oncocytomas) of Minor Salivary Glands. Arch. Otolaryng. **88**: 73, 1968.
8. Eğilmez, S.: Tükürük Bezi Selim Tümörleri ve Habis Mikst Tümörleri. (Profesörlük takdim tezi), İst. Tıp Fak. Mec. Monografi scrişinden, No. **42**, 1968.
9. Eneroth, C. M.: Oncocytoma of Major Salivary Glands. J. Laryng., **79**: 1064, 1965.
10. Eneroth, C. M.: Classification of Parotid Tumours. Proceedings of the Royal Society of Medicine. **59**: 429, 1966.
11. Eneroth, C. M. and Hjertman, I.: Benign Tumours of the Submandibular Gland. Pract. oto-rhino-laryng. **29**: 166, 1967.
12. Evans, R. W. and Cruickshank, A. H.: Epithelial Tumours of the Salivary Glands. W. B., Saunders company Philadelphia 28, 1970.
13. Fayemi, A. O. and Tokar, C.: Malignant Oncocytoma of the Parotid Gland. Arch. Otolaryngol. **99**: 375, 1974.
14. Gardner, A. F.: Diseases and Neoplasm of the Salivary Glands with Clinical Correlations to the Oral Cavity. Practical Dental Monograph. Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago. 25, 1966.
15. Hamperl, H.: Benign and Malignant Oncocytoma. Cancer, **15**: 1019, 1962.
16. Hamperl, H.: Onkosit'ler ve Onkositoma'lar Ank. Tıp Fak. Mec. **20**: 520, 1967.
17. Jaffe, R. H.: Adenolymphoma (onkocytoma) of Parotid Glad. Am. J. Cancer, **16**: 1415, 1932 (Hamperl'den naklen, 1962).
18. Jalisi, M.: Oncocytoma of the Accessory Salivary Glands. J. Laryng. **82**: 257, 1968.
19. Johns- M. E.; Batsakis, J. C. and Short, C. D.: Oncocytic and Oncocytoid tumors of the Salivary Glands. The laryngoscope **83**: 1940, 1973.
20. Kay, S. and Still, W. J. S.: Electron Microscopic Observations on a Parotid Oncocytoma. Arch. Path. **96**: 186, 1973.
21. Leventon, G.; Katz, D. R. and Bell, C. D.: Malignant oncocytic tumour of the parotid salivary gland. The Journal of Laryngology and Otology. **90**: 289, 1976.
22. Rouch, S; Scifert, G. and Gorlin, R. J.: Tumors of the Salivary Glands. In: Gorlin, R. J.; Goldman, H. M.: Thoma's Oral Pathology. Sixth ed., the C. V. Mosby Company, 1003, 1970.

- 23. Sicher, H. and Bhaskar, S. N.: Orban's Oral Histology and Embryology. The C. V. Mosby Company, St. Louis, 278, 1972.
- 24. Sun, C. N.; White, H. J. and Thompson, B. W.: Oncocytoma (Mitochondrioma) of the Parotid Gland. Arch. Path. 99: 208, 1975.

# Mastasyon İle Mikrodiseksiyon Tekniği ve Bunun Önemi (Özellikle)

Dr. İbrahim Östek\* | Dr. Aydın Akkaya\*\*

Histolojiler ve patolojiler dokuların mikroskopik olarak incelenmesi için dokuların meydana getirilen bir ünitenin tümünü aynı anda gösteren olabildiğince küçük kesimler, Örneğin, bir dizi preparasyonda aynı eklemin belirli alanları, bir kas preparasyonunda kas hücrelerinin belirli yerlerinden geçen kesimler, yine bir diğer preparasyonda belirli olguların ünitesinin belirli yerlerinden geçen kesimler, göz önüne alınarak bu şekilde hiçbir zaman bir kalıplaşmış ünite, tek bir kesimden elde edilmez. Bundan sonra tümü veya tek bir ünitenin dağılımından alınmış kesimler olan bölümleri göstermek ve patolojik lezyonun tam yeti hakkında bilgi edinmek.

Bu nedenle birçok organın mastasyon tekniği uygulanarak mikrodiseksiyonla elde edilen bölümlerin incelenmesinde büyük yarar vardır. Bu teknikte ortaya çıkan bu boyutlu görüntüler, en çok bu lezyonun lokalizasyonunu belirlemede kolaylıklar sağlamaktadır. Yine bu yöntemle mikroskopik gözlemler ile makroskopik gözlemler arasında ki boşluğu kapatmak bir köprü kurmanın olur. Bu yöntemle ayrıca, nicelik ve nitelik yönünden de çalışmalar yapılabilir.

Kaynaklardan edinilen bilgiler göre ilk kez 1862 de Henle, böbreğin parçalarıyla, değişik aşamalarda teknikleriyle lezyonun topoğrafisini ve şeklini ortaya koydu. Sonra bunu Peter (1909), Huber (1911), Traut (1923), Stewart (1927), Marschal-Grafflin (1928) gibi araştırmacılar çalışmaları ve diğerleri takip etti. Bu çalışmaları Östör'in çalışmaları çok oldu. Diğer taraftan lezyon denetimlerinden başka, birçok patolojik durumlarda lezyonun yapısını ve ünitesinin incelenmek için çalışmaları. Bu çalışmaların kâğıtüstüne kadar süreyince, lezyonun patolojisindeki ayrıntıları tamamen gün ışığına çıkardı.

\* Asist. Dr. G. A. T. A. Patolojik Anatomi Enstitüsü Ankarası Tıp Fak. Yab.  
\*\* Prof. Dr. G. A. T. A. Patolojik Anatomi Enstitüsü Başkanı Tıp Fak. Ab.