

# Onkositik Karsinom'un Nadir Bir Formu: Vaka Sunumu

## UNUSUALLY LOCALIZATION OF ONCOCYTIC CARCINOMA: CASE REPORT

Dr. Görkem AKSU, Doç. Dr. H. Cüneyt ULUTİN, Dr. Merdan FAYDA, Dr. Metin GÜDEN,  
Dr. Serdar SÜRENKÖK

Gata Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

### ÖZET

Onkositik karsinom, tüm tükrük bezi tümörlerinin %0,0005'ini oluşturan nadir tümörlerdendir (1). Tümörle ilgili geniş vaka sayısı, uzun takipli herhangi bir çalışma literatürde bulunmadığı için tümörün prognozu hakkında net bir bilgi yoktur (2). En sık parotis yerleşimi görülmüş ve 28 olguluk bir seri yayınlanmıştır (3). Olgularda erkek kadın dağılımı birbirine eşittir. Bölümümüzde nazofarenks yerleşimli onkositik karsinom tanısı almış bir hasta eksternal radyoterapi ile tedavi edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Onkositik karsinom, nazofarenks.

### SUMMARY

Oncocytic carcinoma is a rare malignancy. Especially; nasopharyngeal oncocytic carcinoma has not been reported in the medical literature yet. Our case is a 27 years-old male treated by nasopharyngeal surgery before. He registered to our clinic with a recurrent tumor in the nasopharynx region, which is histologically proven to be oncocytic carcinoma. The patient had also cervical lymph node metastasis bilaterally, with the maximum dimensions of 1-2 cm.

He was retreated with external beam radiotherapy with a prescribed dose of 50 Gy. Total dose was delivered to nasopharynx and bilateral upper cervical region. Three months after the completion of treatment, a complete regression in the nasopharyngeal tumor was achieved and cervical lymphadenopathys totally disappeared.

**Key words:** Oncocytic carcinoma, nasopharynx.

### OLGU

27 yaşında, erkek hasta, Mayıs 1996 tarihinde genizden kan gelmesi ve baş ağrısı ile şikayetleri başlamıştır. Yapılan baş-boyun muayenesinde nazofarenkste kitle tespit edilerek, nazofarenks bölgesinden biyopsi alınmıştır. Patoloji: Onkositik karsinom olarak rapor edilmiştir.

Biyopsi sonrası takibe alınan olgu, Aralık 1996 tarihinde şikayetlerinin artması nedeniyle radyasyon onkolojisi kliniğine başvurmuştur. Fizik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde özellik görülmemiştir. Nazofarenks ve boyun bilgisayarlı tomografisinde; nazofarenks arka duvarı ve sağ yan duvarında tümöral kitle, boyun her iki yanında en büyüğü 1,2 cm çaplı çok sayıda lenf nodülü saptanmıştır (Resim 1). Yapılan nazofarenks punch biyopsisi tekrar "Onkositik karsinom" olarak rapor

edilmiştir. Ocak 1997-Şubat 1997 tarihleri arasında eksternal radyoterapi 50 Gy/25 fr da, Co<sup>60</sup> teleterapi cihazında uygulanmıştır. Radyoterapi karşılıklı paralel alandan nazofarenks ve boyun bölgesine yapılmış, alt boyun ve supraklavikular bölge tek ön sahadan radyoterapi almıştır. Medulla spinalis 46 Gy de korunmuştur.

Tedavi sonrası 3. ay kontrolleri yapılan hastanın fizik muayene ve bilgisayarlı tomografi tetkiklerinde nazofarenks ve boyun bölgesinde kalıntı tümöre rastlanmamıştır.

### TARTIŞMA

Onkositik tümörler ender görülmelerinden dolayı, etyolojileri kesin olarak tanımlanamamıştır<sup>(2)</sup>. Literatür taramalarında da onkositik tümör olguları karşımıza çok sık çıkmamaktadır. Genellikle tes-



**Resim 1.**  
Nazofarinks sağ yan ve arka duvarda lokalize olmuş tümoral lezyonun Bilgisayarlı tomografi ile elde edilmiş görüntüsü.

pit edilebilen olgular parotis yerleşimli tümörlerdir. Bu nedenle; benzer hareket etikleri düşünülerek parotis yerleşimli onkositik olgular olgumuzla karşılaştırılmıştır.

Onkositik karsinomlarda ön planda prognozun büyüklüğe bağlı olduğu düşünülmektedir<sup>(1)</sup>. Tümörler sıklıkla onkositozla birlikte. Bu yüzden onkositik tümörlerin neoplastik veya hiperplastik bir süreç sonucu oluştuğu şüphelidir<sup>(2)</sup>. Literatürde; onkositik karsinom kesin tanısında histolojik davranış olarak önemli hususlar; mitoz ve nükleer pleomorfizm içeren displazi, perinöral ya da vasküler invazyon, komşu dokulara infiltrasyon veya lenf nodu tutulumu olarak bildirilmiştir<sup>(1)</sup>.

Histolojik olarak onkositler büyük epitelyal hücreler olup, yoğun sitoplazmik granülasyon ve asidofilik gösterir<sup>(1)</sup>. Onkositik karsinomlar için onkositlerin şekli ayırıcıdır. Piknositler, uzun ve küt uçlu onkositler ve rastlanabilirse çift nükleuslu onkositler tanımlayıcıdır.<sup>(2)</sup>

Onkositik tümörlerin patogenezi çok açık değildir. Johns ve arkadaşları asinilerden kanallara doğru genişleyen herhangi bir epitelyal hücre kaynaklı olabileceğini bildirmişlerdir<sup>(6)</sup>. Ancak unutulmamalıdır ki; mukoepidermoid kanser, yassı epitel hücreli kanser ve malign mikst tümörler de "onkositoid" görünüm sergileyebilir<sup>(2)</sup>. Ancak; esas ayırıcı tanı, asinik hücreli tümör ve berrak hücreli tümör ile yapılmalıdır. Geçmişte pek çok onkositik karsinom bu yüzden asinik hücreli tümör veya oksifil adenom tanısı almışlardır.<sup>(1)</sup>

Sugimato'nun 28 olguluk serisinde hastaların ortalama yaşı 58'dir (30-91 arası)<sup>(4)</sup>. Olgumuz ise daha genç yaş grubundadır (27 yaş). Olgumuzda ilk cerrahi girişiminden altı ay sonra lokal nüks ve servikal lenf bezi metastazı gözlenmiştir. Literatür-

de de olguların yarısından fazlasında sadece cerrahi tedaviden sonra nüks izlenmektedir<sup>(5)</sup>. Cerrahi ile nüks arasında geçen süre 10 ay ile 10 yıl arasında değişmektedir<sup>(4)</sup>. Brandwein ise, kendi serileri için nüks oranını yaklaşık % 10 olarak rapor etmiştir<sup>(2)</sup>. Nüks eden olgularda, cerrahiden sonra geri kalan onkositik doku veya tümör yalancı ayakları sorumlu tutulmaktadır. Servikal lenf nodu metastazları ise olguların yarısından fazlasında izlenmiştir. Diğer muhtemel metastaz yerleri akciğer, karaciğer, kemik ve cilttir<sup>(4,7)</sup>.

Bu vakadan elde edilen bilgiler de göstermektedir ki; cerrahi olarak tam rezeksiyon yapılamayan vakalarda, özellikle vakamız gibi nazofarinks lokalizasyonlu olgularda radyoterapi en uygun tedavi seçeneğidir. 50 Gy'lik radyoterapi dozu ise; tedavi başarısı sağlamak için yeterli görünmekte ve akut ve geç toksisite açısından da önemli bir risk oluşturmamaktadır.

Sonuç olarak; patolojik tanı ve tedavi açısından bilgilerimizin yetersiz olduğu onkositik tümörlerde uygun tedavi şeması oluşturabilmek için yeterli hasta sayısı içeren çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

#### KAYNAKLAR

1. Seifert G, Brocheriou C, Cardesa A, Eveson J.W : WHO International Histological Classification of Tumors Tentative Histological Classification of Salivary Gland Tumour. Path. Res. Praot. 186: 555-581, 1990.
2. Brandwein M.S, Huvos A.G: Oncocytic Tumors of Major Salivary Glands; Am J Surg Pathol 15(6):514-28, 1991.
3. Laurian N, Zohar Y, Kende L : Malignant oncocytoma. J Lar and Otol;91:805-8.1977.
4. Sugimato T, Wakizono S, Uemura T, Tsuneyoshi M, Enjoji M: Malignant oncocytoma of the parotid gland: a case report with immunohistochemical and ultrastuctural study; J Larygeal Otol 107:69-74, 1993.
5. Bauer W., Bauer J : Classification of glandular tumors of salivary glands. Study of 143 cases.: Arch of otolar-yengolo; 55:328-46.1953
6. Johns M.E, Regezi J.A, Batsakis J.G: Oncocytic neoplasms of salivary glands. An ultrastuctural study. Laryngoscope 87:862-71,1977.
7. Perez C.A : Nasopharynx. In : Principles and Practice of Radiation Oncology. (Eds ) Perez C.A, Brady L.W. 2nd Edition Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 617-643, 1997.