

DIE HAEUFIGKEIT DER MUNDSPEICHELDRUESENTUMOREN
(MSDT) IM IRAN

Dr. med. S. GHODSI, und Dr. M.A. ONSORY

Im folgendem moechten wir ueber eine statistische Zusammenstellung von 586 Mundspeicheldruesentumoren, die in der Zeit von Januar 1955 bis Dezember 1975 im Institut fuer Krebsforschung und in der Hals - Nasen - Ohrenklinik (AMIR-ALAM HOSPITAL) der Universitaet Teheran von ueber 150.000 histologischen Befunden verifiziert wurden, berichten.

Bei der histologischen Entersuchung der Praeparate wurde die Klassifikationstechnik von FRAZELL und FOOT unter Beruecksichtigung nachfolgender Modifikation eingeteilt:

A - MESENCHYMAL TUMORS

B - EPITHELIAL TUMORS:

1- Benign mixed tumors

2- Malignant mixed tumors

3- Mucoepidermoid Carcinoma

Aus der Hals - Nasen - Ohrenklinik der Universitaet
Teheran

- 4- Squamous Cell Carcinoma
- 5- Adeno Carcinoma:
 - a - Adenoid Cystic Carcinoma
 - b - Solid Carcinoma
 - c - Acinic Cell Carcinoma
- 6- Anaplastic Carcinoma
- 7- Warthin Tumor
- 8- Oncocytoma

Zur Beurteilung der malignen Mischtumoren wurde nach Klassifikationschlag von FRAZELL und FOOT das Vorhandensein von alten Mischtumorzellen im histopathologischen Befund beruecksichtigt.

Befund:

Von den 586 beobachteten MSDT waren 256 Faelle Mischtumoren und 11 Faelle maligne Mischtumoren. Die Mischtumoren, die haeufigsten MSDT darstellen, kamen in 56%3% unseres Materials vor, Tabelle 1 zeigt ein Vergleich deren Haeufigkeit mit anderen Kliniken.

Tabelle 1
Haeufigkeit der Mischtumoren der MSDT

FRAZELL und FOOT	51,9%
CHANDHRY und Mitarbeiter	55,7%
DAHL	80, %
Eigener Befund	56,3%

Lokalisation:

Nach Untersuchungen von KROLLS und BROYERS bestehen 83% der MSDT aus Tumoren der Parotis. Unsere Sta-

tistik zeigte eine Haeufigkeit der Parotisdruesentumoren von 49%. Naechst haeufige Lokaisationen sind Submandibularisdruesen und Epipharynx. Trotz Reichtums der Unterlippe an solitaeren Speicheldruesen, war ein haeufigeres Befallen der Oberlippe in unserem Material zu verzeichnen. Interessant war das Vorkommen von 2 Mischtumoren im Sinus maxillaris. Tabelle 2 zeigt die weitere Verteilung der Lokalisationen unserer beobachteten Mischtumoren.

Tabelle 2

Lokalisation der beobachteten Mischtumoren

<u>Lokalisation</u>	<u>Zahl</u>
Parotisdruese	129
Submandibularis Druese	49
Epipharynx	38
Mundhoehle	15
Oberlippe	8
Unterlippe	3
Sinus Maxillaris	2
andere Lokalisationen	12

Gesamtzahl	256

von den 256 MSDT waren 136 Faelle Maenner und 120 Frauen.

Altersverteilung:

Obwohl die MSDT in jeder Altersgruppe beobachtet wird, ist ihr Vorkommen bei den Kindern eine Seltenheit. BUEHRLE und FRIEDBERG berichten von Hospital for sick Children in Toronto waehrend ihrer 20 jaehrigen Beobachtung mit einer Aufnahmezahl von ca. 25.000 kindern pro

Rezidivitaet:

Trotz des langsamen Wachstums und der fehlender Adenopathie zeigen MSDT nach Exstirpation Tendenz zur Rezidivbildung. Tablle 4 gibt eine Uebersicht ueber unsere Rezidivfaelle verglichen mit anderen Kliniken.

jahr nur 4 Faelle der Mischtumoren. Bei unserem Material fanden wir 4 Faelle der Mischtumoren bei Kindern. Interessanterweise handelte es sich in einem Fall um einen angeborenen Mischtumor (Tabelle 3).

Tabelle 3
Die Altersverteilung der MSDT

<u>ALter</u>	<u>Zahl</u>
1- 10 Jahre	4
10-20 "	37
20-30 "	55
30-40 "	60
40-50 "	44
50-60 "	56

Gesamtzahl	256

Tabelle 4
Die Haeufigkeit der Rezidivbildung

RANGER und Mitarbeiter	30%
FARHLE und Mitbarbeiter	4,8%
CHAUDHRY	3,4%
FRAZELL und FOOT	4,2%
Eigener Befund	5,8%

"Kurze Zusammenfassung"

Es wurde eine statistische Abhandlung von 586 Mundspeichel drusentumoren, die wahrend 20 J. an 150,000 Biopsien aus dem Institut fuer krebsforschung und dem Amir-Aalam Hospital verifiziert wurden, aufgestellt. Besonders betont sind die 256 Mischtumoren, welche die haufigsten unter den MSDT sind.

Die Seltenheit der Mundspeicheldruesentumoren im Vergleich zu den Tumoren anderer Organe hat das Bestreben, eine notwendige Synthese des klinischen und histologischen Aspektes zu finden, beschraenkt. Das bestaetigt die Statistiken von Nelson u. Deeb (1950), die in Los Angeles unter 37000 Autopsien nur 0/023 % SDT fanden, ebenso Sistrunk (1921), der auf 0,06 % aller Spitaleintritte SDT konstatierte. Der Anteil der MSDT im Vergleich zu allen Tumoren am Kopf ist nach Pricolo (1954) 2%, Montella u. Fontana (1956) 1-2 %, u. nach Stoehr und Risak (1926) 4,8 %, unser Befund lautet 0,39%.

Zur richtigen Beurteilung muss man zunaechst die reinen SDT von jenen Geschwuelsten abgrenzen, die zwar innerhalb der Speicheldruesenkapsel liegen, aber von Gewebarten ausgehen, die das eigentliche Druesengewebe nur begleiten oder umgeben (Gefaesse, Lymphbahnen, Nerven, u.s.w.) oder die nur den Speicheldruesen benachbart sind. (Muskel, Glomustumoren u.s.w.). Demnach koennen drei Hauptgruppen unterschieden werden (Rauch):

- 1) Die echten Paranchymatoesen, (Sialadenotumoren).
- 2) Die vom interstitiellen Gewebe der Speicheldruesen ausgehenden Tumoren, (Synsialadenotumoren).
- 3) die Nachbarschaftstumoren, (Parasialadenotumoren).

Nach path. Aspekten werden die obengenannten Tumoren, angeregt durch Masson 1924, Zollinger 1946 u.a. folgendermassen eingeteilt.:

- 1) Die gutartigen SDT. (benigne Sialome) etwa 5-7 %
- 2) Die halbboesartigen SDT. (semimaligne Sialome) etwa 75%
- 3) Die primär boesartigen SDT. (maligne Sialome) etwa 15-20%

Während über die Gruppen der gut- und boesartigen Sialotumoren Einstimmigkeit herrscht, ist die Nomenklatur der grössten Gruppe, die der semimalignen Sialome, noch uneinheitlich. Die meisten Autoren halten sie für identisch mit den formenreichen pleomorphen Adenomen, ohne sie weiter zu unterteilen (Willis 1953, Redon 1955).

Amerikanische Autoren grenzen jedoch als Sonderform die mukoepidermoiden Adenome von der Gruppe der pleomorphen Adenome ab, da sie histologisch sehr charakteristisch sind und eine weit grössere Tendenz zur Karzinomatoesen Ausartung aufweisen (in etwa 50%).

References:

FOOT, F.W.Jr., FRAZELL, E.L.: Tumors of the major salivary glands, *Cancer* 6, 1065-1133, 1953.

CHAUDHRY, A.P., VICKERS, R.A., GORLIN, R.J.: Intraoral minor salivary gland tumors. Analysis of 1414 cases. *Oral Surg.* 14, 1194, 1223, 1961.

DAHL, D.J., GUSS, L.W.: Tumors of salivary glands, *Amer. J. Surg.* 118, 206-212, 1969.

KROLLS, S.O., BROYERS, R.C.: Mixed tumor of salivary glands, Long-Term Follow-up. *Cancer* 30: 276-281 1972.

KROLLS, S.O., HICKS, J.L. Mixed tumors of the lower lip. *Oral Surg.* 35; 212-217, 1973.

MALEETT K.J., HARRISON, M.S. The recurrence of salivary gland tumors. *J. Larygol. and otol.* 85: 439-448, 1971.

BUEHRLE R., FRIEDBERG, J. Mixed salivary gland tumor of the palate in a child. *Arch. Otolaryg.* 163-164, 1972.

RANGER, D., THACKRAY, A.G. LUCAS, R.B.. Mucous gland tumors. *Br. J. Cander* 10: 1-16, 1956.

FINE, G., MARSHALL, R.B., HORN, R.C. Tumors of the minor salivary glands, *Cander* 13: 563-669, 1960.

SMITH, A.G., BROADBENT, T.R., ZEVALETA. A.A.: Tumors of Oral mucous glands, *Cander* 7: 224-233, 1954.

FARHLE, W.J., ELZAY, R.P. Tumors of minors salivary glands, Report of 37 cases. *Cancer* 25: 932-941, 1970.

PATEY, D.H., THACKRAY, A.C.: The treatment of parotid tumors in the light of a pathological study of parotidectomy material, *Br. J. Surg.* 45: 477-481, 1958.

BUXTON, R.W., MAXWELL, J.H., FRENCH, A.J.: Surgical Treatment of epithelial tumors of the parotid gland. *Surg. Gynec. Obstet.* 97: 401-416.

Mc FRALAND, J. MYsterious mixed tumors of salivary glands, *Surg. Gynec. Obstet.* 76: 23-34, 1943.