

# Metastaser til parotiskjertelen

Lymfen fra store deler av huden i ansikt, kinn, panne, tinning, hodebunn og ytre øre dreneres til lymfekjertler i parotiskjertelen. Maligne svulster, hovedsakelig plateepitelkarsinomer og maligne melanomer, kan følgelig metastasere til ørespyttkjertelen. Det kan imidlertid være vanskelig å avgjøre om en svulst i glandula parotis er primær eller sekundær.

Vår retrospektive studie av 26 pasienter behandlet for metastaser til parotiskjertelen omfatter 22 menn og fire kvinner med en gjennomsnittsalder på 70 år. For ni pasienters vedkommende ble primærtumor ignorert og feilaktig oppfattet som utgående fra parotiskjertelen. Seks av primærtumorene var lokalisert i huden i tinning, seks i kinn, fem på forside av ytre øre, to på øyelokk, to på øyebryn, en i panne, en i hodebunn og tre i vestibulum nasi eller nesekavitet. 19 pasienter (73 %) hadde plateepitelkarsinom og sju (27 %) malignt melanom. Behandlingen bestod av operative inngrep, eventuelt supplert med strålebehandling. Fire (21 %) av pasientene med plateepitelkarsinom og fire (57 %) av pasientene med malignt melanom døde av sykdommen.

Når en tumor oppstår i parotis, må man nøye vurdere om dette representerer metastase fra en primærtumor. Nitid leting etter suspekterte hudlesjoner og gamle arr i parotiskjertelens dretnasjeområde kan avsløre en primærtumor.

Parotiskjertelen er rikelig forsynt med lymfekjertler som i hovedsak drenerer huden i panne, temporalisregion, forside av det ytre øre, øregang og hud over selve kjertelen. I tillegg kan disse knutene også motta drenering fra øyelokkene, den ytre del av nesehud, vestibulum nasi, conjunctiva, overleppe, svelg og munnhule (1–3). Som en konsekvens av dette vil lymfekjertlene i parotis være første stasjon ved metastaser fra svulster med disse lokalisasjonene. Hyppigst dreier dette seg om plateepitelkarsinomer og maligne melanomer (2).

Det kan imidlertid være vanskelig å avgjøre om en tumor i glandula parotis er pri-

---

**Pål Galteland**  
Sognsveien 129 a  
0855 Oslo

**Morten Boysen**  
morten.boysen@rikshospitalet.no  
Øre-nese-hals-avdelingen  
Rikshospitalet  
0027 Oslo

---

Galteland P, Boysen M.

## Metastatic malignant disease to the parotid gland.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1341–3.*

**Background.** The skin areas that primarily drain into the parotid lymph nodes include large parts of the face, cheek, anterior surface of the auricle, temporal region, scalp and forehead. Malignant tumours, mainly squamous cell carcinomas and malignant melanomas, may therefore metastasise to the parotid gland. It may, however, sometimes be difficult to decide whether the parotid tumour is a primary or secondary tumour.

**Material and methods.** Twenty-six patients treated for metastatic malignant disease to the parotid gland were evaluated retrospectively. The mean age of the 22 males and four female patients was 70 years.

**Results.** In nine patients (35%), the primary tumour was ignored and wrongly interpreted as a tumour originating in the parotid gland. The primary tumour was localised in the temple in six patients, in the cheek in six, in the anterior surface of the outer ear in five, in the eyelids in four, in the forehead in one, in the scalp in one, and in the nasal vestibulum or nasal cavity in three patients. 19 patients (73%) had squamous cell carcinomas and seven (27%) malignant melanomas. The treatment was surgery supplied by radiotherapy in 19 patients. Four (21%) of the patients with squamous cell carcinoma and four (57%) of those with malignant melanoma died from the disease.

**Interpretation.** When a tumour arises in the parotid gland, the physician should critically evaluate whether this represents a secondary tumour. Careful examination of the scalp and face for suspect skin lesions and scars from extirpation of previous skin cancer can help detect the primary tumour.

---

mær eller sekundær. Tidligere fjerning av en hudtumor kan være bagatellisert eller det kan ha gått så lang tid mellom fjerningen og den aktuelle tilstand at pasienten har glemt det. Unntaksvis kan det dreie seg om fjernmetastaser eller regional spredning fra en okkult primærtumor (2, 4).

Formålet med denne artikkelen er å presentere vår erfaring med metastaser til parotiskjertelen og med det påpeke at store deler

av huden i hode-ansikts-region og slimhinnen i nesen har sine regionale lymfeknuter i parotiskjertelen.

## Materiale og metode

Totalt 31 pasienter er blitt behandlet for metastaser til parotiskjertelen ved øre-nese-hals-avdelingen ved Rikshospitalet i perioden 1977–99. Ved Rikshospitalet representerer dette 2–3 % av det totale antall pasienter med benigne og maligne svulster i parotiskjertelen. Fem pasienter ble ekskludert på grunn av usikkerhet med hensyn til primærtumors histologi, vi kunne derfor ikke med sikkerhet slå fast at det dreide seg om samme krefttype som i parotiskjertelen. Journalene er gjennomgått retrospektivt, og data angående alder, kjønn, diagnosetidspunkt for primær- og sekundærtumor, histologi og eventuell dødsdato ble notert. Videre ble det notert primærtumors lokalisasjon, metastasenes størrelse og antall, eventuell affeksjon av facialisnerven og behandling. Materialet omfatter 22 menn og fire kvinner med gjennomsnittsalder på 70 år (33–85 år).

## Resultater

### Lokalisasjon av primærtumor

For ni pasienter (35 %) ble primærtumor initialt ignorert, og svulsten i glandula parotis ble feilaktig klassifisert som en primærtumor. Utfyllende anamnese og nøye undersøkelse med henblikk på primærtumor og eventuelle arr, samt innhenting av preparat av primærtumor, viste at svulstene i glandula parotis representerte metastaser fra primærtumor med lokalisasjon som vist i figur 1. Seks av primærtumorene var lokalisert i huden i tinningen, seks i kinnet, fem på forsiden av ytre øre, to på øyelokket, to på øyebrynet, en i pannen og en i hodebunnen. Tre av pasientene hadde primærtumor lokalisert i vestibulum nasi eller nesekaviteten. Opplysninger om primærtumors størrelse og infiltrasjonsgrad var i de fleste tilfeller upresise eller utilgjengelige. For alle var tumor i parotiskjertelen første manifestasjon på spredning, og alle var ipsilaterale.

### Metastasenes histologi, størrelse og antall

For samtlige pasienter gav punksjonscytologi sterk indikasjon på malign sykdom, men den endelige diagnosen ble i de fleste tilfeller først stilt etter histologisk undersøkelse av operasjonspreparatet. 19 pasienter (73 %) hadde plateepitelkarsinom og sju pasienter (27 %) malignt melanom. For plateepitelkar-

sinomenes vedkommende var det kun én kvinne (4%), mens fordelingen av maligne melanomer var lik med hensyn til kjønn (tab 1).

Uavhengig av om det forelå multiple (seks pasienter) eller solitære metastaser ble største diameter målt til mer enn 3 cm hos seks pasienter. Ingen var imidlertid større enn 6 cm i diameter.

#### Tid fra primærtumor til metastase

Tidsintervallet mellom diagnostisering av primærtumor og metastase i parotiskjertelen varierte fra 0 til 150 måneder. For plateepitelkarsinom var gjennomsnittstiden 34 måneder (0–150 måneder). Fire pasienter med plateepitelkarsinom fikk diagnostisert metastase til parotiskjertelen mer enn 36 måneder etter fjerning av primærtumor. Pasienter med maligne melanomer fikk diagnostisert spredning til parotiskjertelen etter gjennomsnittlig sju måneder (0–28 måneder). For to pasienter, en med malignt melanom og en med plateepitelkarsinom, ble primærtumor først diagnostisert ved innleggelsen.

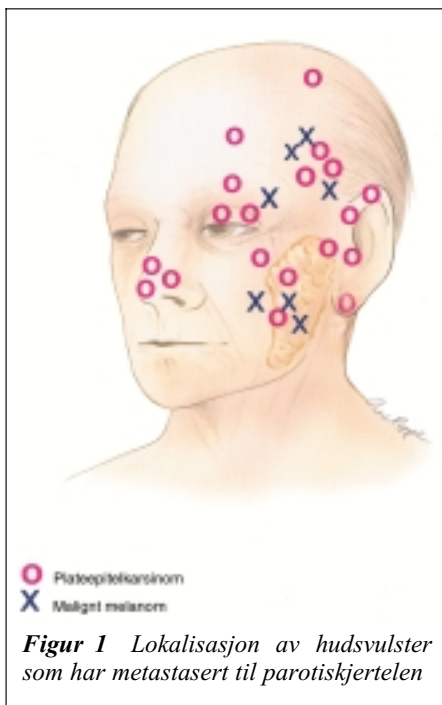
#### Behandling

Parotidektomi ble utført hos alle pasienter unntatt en, som insisterte på strålebehandling alene. 17 pasienter ble behandlet med både kirurgi og bestråling. To pasienter med omfattende metastaser med plateepitelkarsinom ble foruten kirurgi og stråling også behandlet med cytostatika (cisplatin og fluorouracil, 2–3 kurer). Halsdisseksjon ble utført på pasienter hvor utredningen i tillegg viste sikre eller suspekterte lymfeknuter på halsen.

#### Overlevelse

Oppfølging viste at fire av de sju pasientene med malignt melanom døde av sykdommen (tab 1). Tre av disse døde i løpet av 14 måneder, mens én pasient levde i 25 måneder etter at metastasen til glandula parotis var diagnostisert. Oppfølgingstiden for de tre pasientene med malignt melanom som fortsatt er i live, er fra 12 til 36 måneder. Fire av de 19 pasientene med plateepitelkarsinom døde av sykdommen tre til 14 måneder etter diagnostisering av spredning til glandula parotis (tab 1). Sju pasienter er fremdeles i live, og oppfølgingstiden er fra 12 til 144 måneder.

Kun én pasient hadde facialispause preoperativt. Denne pasienten, som hadde plateepitelkarsinom, døde 12 måneder etter at metastasen til parotiskjertelen var diagnostisert.



**Figur 1** Lokalisasjon av hudsvulster som har metastasert til parotiskjertelen

Vi fant ingen relasjon mellom overlevelse og metastasenes størrelse eller antall.

#### Diskusjon

Det var overraskende at man i den initiale utredningen for mer enn en tredel av pasientene ikke tenkte på muligheten for spredning fra en primærtumor i ørespyttkjertelens dretnasjeområde. Resultatet av punksjonscytologi og histologisk undersøkelse ledet i de fleste tilfeller oppmerksomheten i denne retning fordi primære plateepitelkarsinomer i glandula parotis er meget sjeldne (4) og primære maligne melanomer sannsynligvis aldri opptrer i parotiskjertelen (5). Nøye anamnese samt innhenting og sammenlikning av histologiske preparater bekreftet at det dreide seg om en metastaserende prosess. Dette viser at det kan være en diagnostisk utfordring å skille mellom primære og sekundære svulster i parotiskjertelen. Denne differensieringen kan være viktig både med tanke på behandling og når det gjelder prognose.

Hvor skal man lete hvis man mistenker spredning fra en primærtumor? Drenasjeområdet til lymfeknutene i og med nær relasjon til parotiskjertelen må først inspiseres. Som også andre (2, 6, 7) har vist, er primærtumor hyppigst lokalisert i huden rundt ytre øre, kinn og tinningregionen. Drenasjen viser imidlertid anatomisk variasjon, slik at

også svulster fra blant annet conjunctiva (3), de øvre luftveier og øvre del av fordøyelseskanalen (8) kan metastasere til glandula parotis. Fjernmetastaser til parotiskjertelen er sjelden, men metastaser fra karsinomer i lunge, colon og bryst (9) er beskrevet.

I samsvar med andre (10, 11) viste også vårt materiale en overhyppighet av metastaser fra plateepitelkarsinomer i forhold til maligne melanomer. Conley & Arena (2), med et materiale på 81 pasienter, fant derimot flere maligne melanomer (45,7%) enn plateepitelkarsinomer (37%) som metastaserte til glandula parotis. Årsaken kan være en viss grad av seleksjon av pasienter.

Vi fant dessuten, i likhet med andre (10–12), en markert dominans av metastaser til parotiskjertelen blant menn. Menn har riktignok en overhyppighet av primære plateepitelkarsinomer i hud (13), men ikke tilnærmevis den overvekt vi fant. Det er kjent at metastaseringsfrekvensen fra plateepitelkarsinomer i hud er avhengig av lokalisasjon, dybde, diameter, differensieringsgrad og vertens immunforsvar (14). Vi har imidlertid ikke tilstrekkelige opplysninger for å si hvilke risikofaktorer som eventuelt var overrepresentert blant mennene i vårt materiale. En mulig forklaring kan være at menn i større grad enn kvinner oppgisjerer sår som ikke gror og følgerig oppsøker lege senere enn hva kvinner gjør (15).

Tiden fra primær svulstmanifestasjon av plateepitelkarsinom til metastase i glandula parotis var lengre i vårt materiale enn i Kraus og medarbeideres (14), som fant en gjennomsnittstid på 13 måneder. Regionale metastaser fra hudkreft i hode-og-halsregionen manifesterer seg vanligvis innen to år, men det er ikke uvanlig at metastasene presenterer seg mer enn tre år etter eksisjon av primærtumor (16). Dette understreker betydningen av kontinuerlig oppfølging og kontroll av regionale lymfeknuter, inkludert de i parotiskjertelen. Etter vår mening skal pasientene kontrolleres regelmessig i minst tre år etter avsluttet behandling, hver andre måned det første året, senere hver tredje måned. Uansett oppfølging og prosedyre må pasienten informeres nøye om symptomer på residiv og muligheten for at sekundære svulster kan opptre. Pasientene bør også instrueres i selvundersøkelse. Man må omhyggelig informere om at lege skal kontaktes hvis noe uforutsett inntreffer.

Behandling av maligne svulster i parotiskjertelen er fortrinnsvis kirurgi, etterfulgt av bestråling. Det finnes ingen internasjonal konsensus angående omfanget av det kirurgiske inngrep (17, 18). Vi mener i likhet med andre (12, 18, 19) at radikal kirurgi gir så store kosmetiske og funksjonelle følgetilstander for pasienten at total fjerning av parotiskjertelen med facialisnerven bør unngås hvis det er mulig, spesielt hvis det i tillegg planlegges postoperativ bestråling. Det hersker likeledes usikkerhet om prognosen bedres med en radikal operasjon hos disse

**Tabell 1** Histologisk klassifikasjon, kjønnsfordeling og overlevelse for 26 pasienter med metastaser til parotiskjertelen

Histologi	Totalt	Kvinner	Menn	Død av tumor Antall (%)
Plateepitelkarsinom	19	1	18	4 (21)
Malignt melanom	7	3	4	4 (57)

pasientene (12). Det må imidlertid legges til at hvis en gren av facialisnerven er involvert, må denne grenen og eventuelt hele nerven fjernes.

Når man har påvist en sekundærtumor i parotiskjertelen, kan man alltid spekulere i om svulsten har metastasert videre til lymfeknuter på halsen, selv om man ikke finner kliniske tegn på dette. CT-undersøkelse, eventuelt også MR av parotisregionen og halsen, bør derfor alltid inngå i utredningen. Frekvensen av okkulte metastaser til halsglandler ved kjent parotismetastase er angitt å være så høy som 47 % (20). I litteraturen (19, 21, 22) diskuteres det hvorvidt man skal utføre halsdisseksjon ved klinisk negativ hals. Vi har praktisert profylaktisk behandling av halsen med bestråling samtidig som parotisregionen bestråles.

Prognosen ved metastase til glandula parotis er generelt dårlig. Femårsoverlevelsen er angitt å være fra 11,5 % til 43 % (20). Selv om vårt materiale er lite, er våre funn i samsvar med dette og indikerer dessuten at maligne melanomer medfører en vesentlig dårligere prognose enn plateepitelkarinomer. Maligne melanomer som har metastasert, betyr som regel at sykdommen er generalisert og med meget dårlig prognose (23).

### Konklusjon

Har man ved punksjonscytologi fått mistanke om, eventuelt ved operasjon fått bekreftet plateepitelkarinom eller malignt melanom i parotiskjertelen, må man ha in mente at dette kan representere spredning av en hudsvulst. Utfyllende anamnese og nitid leting etter suspekterte lesjoner og gamle arr i huden i hode-og-hals-området må derfor inngå i utredningen av en parotistumor. Det er videre av stor verdi å sammenlikne det aktuelle histologiske preparatet med eventuelle preparater av tidligere svulster.

### Litteratur

1. Batsakis JG. Pathology consultation. Parotid gland and its lymph nodes as metastatic sites. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983; 92: 209–10.
2. Conley J, Arena S. Parotid gland as a focus of metastasis. *Arch Surg* 1963; 87: 757–64.
3. Travis LW, Rice DH, McClatchey KD, Wallace SW. Malignant melanoma of conjunctiva metastatic to parotid gland. Reports of cases and discussion of surgical management. *Laryngoscope* 1977; 87: 2000–7.
4. Flynn MB, Maguire S, Martinez S, Tesmer T. Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland: the importance of correct histological diagnosis. *Ann Surg Oncol* 1999 Dec; 6: 768–70.
5. Wang BY, Lawson W, Robinson RA, Perez-Ordóñez B, Brandwein M. Malignant melanomas of the parotid. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125: 635–9.
6. Storm KF, Eilber FR, Sparks FC, Morton DL. A prospective study of parotid metastases from head and neck Cancer. *Am J Surg* 1977; 134: 115–9.
7. del Charco JO, Mendenhall WM, Parsons JT, Stringer SR, Cassisi NJ, Mendenhall NP. Carcinoma of the skin metastatic to the parotid area lymph nodes. *Head Neck* 1998; 20: 363–73.
8. Pisani P, Krenkli M, Ramponi A, Guglielmetti

R, Pia F. Metastases to parotid gland from cancers from upper airway and digestive tract. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 1998; 36: 54–7.

9. Yarrington CT. Metastatic malignant disease to the parotid gland. *Laryngoscope* 1981; 91: 517–9.
10. Nichols RD, Pinnock LA, Szymanowski TR. Metastases to parotid nodes. *Laryngoscope* 1980; 90: 1324–8.
11. Schroeder WA, Stahr WD. Malignant neoplastic disease of the parotid lymph nodes. *Laryngoscope* 1998; 108: 1514–9.
12. Jecker P, Hartwein J. Metastasis to the parotid gland: is a radical surgical approach justified? *Am J Otolaryngol* 1996; 17: 102–5.
13. Glass AG, Hoover RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA* 1989; 262: 2097–100.
14. Kraus DH, Carew JF, Harrison LB. Regional lymph node metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 582–7.
15. Faye RS, Helsing P, Langmark F. Diagnostisk forsinkelse ved malignt melanom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1023–5.
16. Talmi YP, Horowitz Z, Wolf M, Kronenberg J. Delayed metastases in skin cancer of the head and neck: the case of the known primary. *Ann Plast Surg* 1999; 42: 289–92.
17. Malata CM, Camilleri G, McLean NR, Piggott TA, Soames JV. Metastatic tumors of the parotid gland. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 1998; 36: 190–5.
18. Khurana VG, Mentis DH, O'Brien CJ, Hurst TL, Stevens GN, Packham NA. Parotid and neck metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Am J Surg* 1995; 170: 446–50.
19. O'Brien CJ, Petersen-Schaefer K, Papadopoulos T, Malka V. Evaluation of 107 therapeutic and elective parotectomies for cutaneous melanoma. *Am J Surg* 1994; 168: 400–3.
20. Caldwell CB, Spiro RH. The role of parotidectomy in the treatment of cutaneous head and neck melanoma. *Am J Surg* 1988; 156: 318–22.
21. Myers JN. Value of neck dissection in the treatment of patients with intermediate-thickness cutaneous malignant melanoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125: 110–5.
22. Kelley DJ, Spiro RH. Management of the neck in parotid carcinoma. *Am J Surg* 1996; 172: 695–7.
23. Balch CM. The role of elective lymph node dissection in melanoma: rationale, results and controversies. *J Clin Oncol* 1988; 1: 163–72.

○

