

AĞIZ BOŞLUĞU MİKSOMLARI (3 Olgu Nedeniyle)

Dr. Gülsüm AK*

Doç. Dr. Meral ÜNÜR*

MYXOMAS OF THE ORAL CAVITY (Report of 3 Cases)

ÖZET

Bu makalede, çenelerde fazla sık rastlanılmayan üç miksofibrom olgusu takdim edilmiştir. Mezodermal kökenli odontojenik tümörlerden olan miksofibromlar, dental papilla, dental folikül veya periodontal membrandan gelişen iyi huylu tümörlerdir. Yavaş gelişip, ağrısız ve kapsülsüz olduklarından % 25 oranında nüks gösterirler. Miksofibromlar radyolojik olarak çenelerin radyolüsent karakterli benign ve malign lezyonlarıyla karıştırılırlar. Küretaj ve enblok rezeksiyon, uygulanan tedavi yöntemleri olup prognozları iyidir.

Anahtar Kelimeler: Miksofibroma, Ağız boşluğu

SUMMARY

Three cases of myxofibroma with rare occurrence in jaws are presented in this article. The odontojenic myxoma originated from the mesenchym is benign and can be arised from dental papilla, dental follicle or the periodontal ligament. It is painless and uncapsulated and the growth of tumor is slow, since it is uncapsulated, recurrence is about 25 %. Myxoma can be confused radiologically with benign or malign lesions of jaws which are radiolucent in nature. Curretting and resection are methods of treatment and the prognosis is good.

Key Words: Myxofibroma, Oral cavity.

GİRİŞ

Odontojenik miksom(miksofibrom) diş germinin mezodermal kısmından menşe alan, mezenkimal bir neoplazmdir.^{1,5,9} Bütün odontojenik tümörlerin % 6'sını teşkil eder.³ Bu selim neoplazm infiltrat, agresif olabilir ve tekrarlayabilir.¹¹ Barroc ve arkadaşları² 3500 oral patoloji materyalini inceleyerek bunların 21'inde (% 6), Ghosh ve arkadaşları⁶ 8723 primer kemik tümörünün 10'unda (% 0.6), Regezi ve arkadaşları da¹⁰ 706 odontojenik tümör vakasının 20'sinde (% 3) miksofibrom olgusu bulmuşlardır. Türkiye'de Günhan Ö.⁸ 8000 oral patoloji materyali arasında 85 odontojenik tümör ve bunlar içinde de 10 odontojenik miksom vakası (% 0.22) tespit etmiştir.

Bazı araştırmacılara göre^{3,9} maksillada mandibulaya nazaran daha fazla meydana gelirse de genellikle mandibula ve maksilla da meydana gelme şansı eşittir. Çenelerin arka bölgeleri, ön tarafa göre daha fazla etkilenir.^{9,10} Miksofibromlar genellikle dişeti lokalizasyonu göstermezler.¹⁴

Birçok araştırmacı çenelerin miksofibromlarını odontojenik ve osteojenik olarak iki farklı grupta incelemişlerdir.^{4,9} Odontojenik tipin kalsifikasyon başlamadan önce veya sonra, gelişen dişin mezenkimal papillasından doğduğu ifade edilmiştir. Osteojenik tip ise kemikte dejeneratif mezenkimal olaktan menşe alır.^{4,9}

Lezyonlarda cinsiyet ayrımı yoktur. Genellikle 10-50 yaşları arasında görülür.^{7,13,13}

Odontojenik miksomların klinik olarak tanımlanmasında patognomatik bulgu yoktur. Tümörün kitlesine bağlı şişlik başlıca klinik bulgudur. Ağrı şikayeti genellikle yoktur. Kortikal ekspansiyon ve diş köklerinde yer değiştirme gözlenir.^{10,13,14}

Lezyon radyografide radyolüsent, iyi sınırlanmış ve diffüz bir görüntü verir. Bundan başka uniloküler ve/veya balpeteği görünümü de lezyonun radyografik özelliğidir.^{7,9,10}

Tümör makroskopik olarak grimsi-beyaz jelatin kıvamında yumuşak bir kitledir.^{7,9}

Mikroskopik olarak nisbeten asellüler miksomatöz konnektif doku özelliğindedir. Mukopolisakarit matrix içinde fibroblast ve myofibroblastlar, yıldız biçiminde hücreler görülür. Odontojenik miksomalarda, miksom yapısı içinde odontojen epitel hücrelerinden yapıli topluluklar vardır.^{7,9,10,14}

Ayrııcı teşhiste ameloblastoma ve santral hemanjioma düşünülmalıdır.¹¹

Küçük lezyonlarda tedavi için eksizyon ya da küretaj uygulanır. Miksomlarda % 25 oranında residiv meydana gelmesine rağmen prognoz iyidir. Tekrarlayan lezyonlarda yeni cerrahi işlemler metastaza neden olmaz. Tümör radyosensitiv değildir.^{4,7,9}

* I Ü Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hast. Bilim Dalı

Laskin'e⁸ göre 1 cm.'den daha küçük ve mandibulada meydana gelen lezyonlarda konservatif cerrahi oldukça başarılıdır. Fakat daha büyük ve maksilada oluşan lezyonlarda tekrarlama şansı yüksektir ve bunlarda geniş rezeksiyon uygulamak gerekir.

Olgularımızı yayınlamaktaki amacımız fazla sık görülmeyen miksomlar hakkındaki görüşlere katkıda bulunmaktır.

OLGULAR

OLGU I:

B.A. 52 yaşında kadın hasta 28.12.1989 tarihinde sağ üst çenede 3-4 yıl önce yapılan bir diş çekiminden sonra büyümeye başlayan, yaklaşık 1.5 cm çapında yuvarlakça bir patolojik oluşum sebebiyle İ.Ü. Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. Lezyon lokal anestezi altında cerrahi prensiplere uyularak eksize edildi ve histopatolojik muayene için İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi Bilim Dalına gönderildi. Tanı: 2115/89 biopsi no ve 4.1.1990 tarihli patoloji raporu ile miksofibromdu.

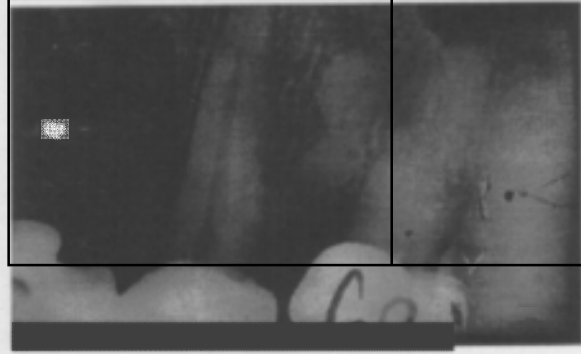
OLGU II:

S.U. 12 yaşında erkek hasta 13.11.1991 tarihinde 13, 4 nolu dişlerin interdental, papilinde yaklaşık 1 cm büyüklüğünde 1.5-2 yıldan beri büyüyen patolojik oluşum nedeniyle kliniğimize başvurdu. Lezyon lokal anestezi ile eksize edildi ve histopatolojik muayene için İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi Bilim Dalına gönderildi. Tanı: 2417/91 biopsi no ve 22.11.1991 tarihli patoloji raporu ile miksofibromdu.

OLGU III:

H.K. 32 yaşında kadın hasta 12, 3 nolu dişler bölgesindeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. O bölgedeki köprü söküldü ve radyolojik muayenede 12 nolu dişin çekim boşluğunda saptanan radyolüsent alandan lokal anestezi ile biopsi alındı (Resim 1). Alınan biopsi İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi Bilim Dalında incelendi ve odontojen fibromiksom olduğu tespit edildi (Biopsi no: 602/95 Tarihi: 10.4.1995). Hasta İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD'na gönderildi ve parsiyel maksillektomi uygulandı. Hastanın 2.10.1995 tarihinde yapılan kontrolünde 16 nolu diş bölgesinde lezyonun

nüks ettiği görüldü ve hasta 2 kez operasyon geçirdi (Resim 2). Tanı: İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Patoloji Bilim Dalının 7.11.1995 tarihli ve 20968/95 protokol nolu raporu ile miksofibromdu. Üç hastamızda halen takip etmekteyiz.



Resim 1. 3. olgumuzun periapikal radyografideki radyolüsent görüntüsü.



Resim 2. Olgumuzun parsiyel maksillektomi yapıldıktan sonra kilağız içi görüntüsü.

TARTIŞMA

Miksofibromlar mezodermal kökenli odontojenik tümörlerdendir ve fazla sık görülmezler.^{1,2}

Miksofibrom yüksek bir residiv oranına sahiptir (% 25). Bu durum, tümörün kapsülsüz olmasına bağlıdır. Klinik olarak lezyon yavaşça büyür ve kemikte ekspansiyona neden olur. Üst çenede meydana gelen lezyonlar maksiller sinüsü bile istila edebilir.⁴ Olgularımızın bir

tanesinde kemikte ilk muayenede ekspansiyon tespit edilmiş olup yapılan tetkiklerden sonra hastaya parsiyel maksillektomi uygulanmıştır.

Miksofibromlarda yaş sınırı 10-50'dir.^{7,10,13} Bizim olgularımızın yaşı literatüre uygundur. Miksofibromalar dişeti lokalizasyonu göstermezler.¹⁴ Fakat Staut¹² yaptığı araştırmada miksofibromların yumuşak dokularda da oluştuğunu tespit etmiştir. Bizim olgularımızın ikisi yumuşak dokuda oluşmuştur.

Birçok araştırmacıya göre kadın ve erkekte aynı oranda görülen miksofibromlar,^{4,7,11} Barroc ve arkadaşları'na² göre kadınlarda daha çok meydana gelir. Olgu sayımız az olmasına rağmen, üç olgumuzda kadın olması ilginçtir.

Odontojenik miksomların radyolojik görüntüsü, diğer radyolüsent benign ve malign kemik lezyonlarına benzediklerinden ayırt etmek zordur. Radyografide bal peteği görüntüsüyle ameloblastomaya ve fibröz displaziye benzerlik gösterir. Ayrıca osteosarkom, kondrosarkom ve fibrosarkoma ile karıştırılabilir.^{4,10} Bu nedenle hastadan iyi anamnez alınması ve radyografi miksomların kesin teşhisi için gereklidir.

Tedavide lezyonun konumu ve büyük lüğüne göre küretaj, koterizasyon ve enblok rezeksiyon uygulanır. Olgularımızın ikisine küretaj, diğerine enblok rezeksiyon uygulanmıştır. Üçüncü olgumuzda residiv görülmüş ve hastaya sol parsiyel segmenter maksillektomi yapılmıştır. Lezyonun histopatolojik incelenmesinde iyi diferansiye fibrosarkom tespit edilmiştir, diğer iki olguda son sözsöylemek için zamanın erken olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Archer WH. Oral surgery. WB Saunders Com, Philadelphia, 1966; 515.
2. Barroc RI, Dominguez FV, Cabrini RL. Myxoma of the jaws. Oral Surg, 1969; 27: 225.
3. Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology. 2 ed. The CV Mosby Com, St Louis, 1965.
4. Cohen MA, Hertzani Y. Myxofibroma of the maxilla: A case report with computed tomogram findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1986; 69: 142-5.
5. Çölek G, Erol B, Koyuğu S. Mandibular miksofibrom. A Ü Dişhek Fak Derg, 1989; 16(1): 179-83.
6. Ghosh BC, Huvos AG, Gerold FP, Miller TR. Myxoma of the jaw bones. Cancer, 1974; 31: 237.
7. Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma's Oral Pathology. 6 th ed. The CV Mosby Com St Louis, 1970; 501.

8. Gulian Ö. Odontojenik tümörlerin sıklıkları, dağılımları ve morfolojik yeni tanı kriterlerinin araştırılması. GATA, Doktora Tezi, 1985.

9. Laskin DM. Oral and Maxillofacial Surgery. The CV Mosby Com. St Louis, 1985; 653.

10. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM, Arbor A. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. J Oral Surg 1978; 36: 771-8.

11. Regezi JA, Scinbba J. Oral pathology. Clinical pathologic correlations. Second ed. WB Saunders Com Philadelphia, 1993; 379.

12. Stout AP. Myxoma the tumor of primitive mesenchyme Ann Surg 1948; 127: 706-19.

13. Tahsinoğlu M, Yüce K, Çöloğlu S. Çene miksomları. I Ü Dişhek Fak Derg 1975; 9(1): 56-62.

14. Tahsinoğlu M, Çöloğlu S, Erseven G. Odontojen tümörler. Bozak Mabaası. İstanbul, 1981; 37.

Yazışma Adresi :

Dr.Gülsüm AK
İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları
Bilim Dalı
34390/Çapa-İSTANBUL