

ÜST ÇENEDEKİ ODONTOJENİK MİKSOMA: BİR VAKA RAPORU

ODONTOGENIC MYXOMA OF THE UPPER JAW: A CASE REPORT

Yrd.Doç.Dr. Hilal ALAN*

Yrd.Doç.Dr. Mahmut KOPARAL**

Doç.Dr .Emine ŞAMDANCI***

Doç.Dr. Ümit YOLCU*

Dr. Ömer PİRİNÇ*

Makale Kodu/Article code: 2296

Makale Gönderilme tarihi: 10.06.2015

Kabul Tarihi: 01.07.2015

ÖZ

Odontojenik miksomalarda odontojenik tümörler içinde nadir görülen, iyi huylu, lokal invaziv özellik gösteren aynı zamanda yüksek nüks oranına sahip mezenseyal tümörlerdir. Yavaş ve ağrısız bir büyüme seyri izlemesi nedeniyle; rutin muayenede alınan radyografide ya da ilerlemiş durumlarda; şişlik, dişlerde migrasyon, parestezi gibi sekonder semptomlarla teşhis edilebilir. Çoğunlukla mandibula'da ve 2. 3. dekatta sık görülürler. Bu olgu sunumunda 13 yaşındaki çocuk hastada maksilla'da saptanan tümörün konservatif cerrahi tedavisi sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Miksoma, Odontojenik Tümör, Maksilla, Odontojenik Miksoma

ABSTRACT

Odontogenic myxoma, a mesenchymal tumour that is rarer than other odontogenic tumours, is benign, locally invasive and has a high recurrence rate. It may be diagnosed during routine radiographic examination based on its slow, painless expansion, or secondary symptoms of panicle, teeth migration, or paresthesia (in acute circumstances). Odontogenic myxoma is frequently observed in the mandibles, typically during the second and third decades of life. In this case, a 13-year-old patient with a tumour located in the maxilla underwent conservative surgical treatment.

Key Words: Myxoma, Odontogenic tumors, Maxilla, Odontogenic myxoma

GİRİŞ

Miksomalarda etyolojisi tam olarak bilinmeyen, vücutta mandibula ve maksillada görüldüğü gibi kalp, deri, baş ve boyun deri altında da rastlanabilen tümörlerdir.¹ Benign karakterde bir tümör olmasına rağmen agresif infiltrasyon ve yüksek nüks oranına sahiptirler. Bu özellikleriyle ayırıcı tanılarında ameloblastomalar göz önünde bulundurulmalıdır.²

Sıklıkla 20-30 yaş aralığında erkek ve bayanlarda görülürler. Çoğunlukla mandibula yerleşimlidirler, maksillada nadir olarak görülürler.³ Radyolojik olarak bal peteği, sabun köpüğü gibi multiloküler görünümde olabildiği gibi uniloküler görünüme de sahip olabilir, kalsifiye materyal üretmedikleri için tamamen radyolüsenttirler.⁴ Klinik olarak; ağrısız yavaş büyüyen lez-

yonlardır. Hastada şişlik ya da sinir basısı sonucu parestezi şikayetleriyle kendini gösterir. Nadir olarak sinüste görülen miksomalarda hastada burun akıntısına sebep olabilirler.⁵

Histopatolojik incelemesinde köşeli, yıldız şeklinde fibroblastlar bulunur. Lezyon kapsülsüzdür. Tedavisinde konservatif cerrahi yaklaşımı uygulanır. Lezyonun kapsülsüz ve çok odaklı olması nedeniyle yüksek nüks oranına sahiptir. Bu nedenle küretaj tek başına yeterli olmayabilir. Küretajın yanı sıra kriyoterapi nüks olasılığını minimuma indirir.⁶

Bu raporda sol maksillada şişlik ve dişlerdeki yer değiştirme şikayetiyle kliniğimize başvuran bir hastada görülen odontojenik miksoma ve tedavisi sunulmuştur.

* İnönü Üniversitesi .Diş Hekimliği Fakültesi Çene Cerrahisi AD.

**Adıyaman Üniversitesi .Diş Hekimliği Fakültesi Çene Cerrahisi AD.

***İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

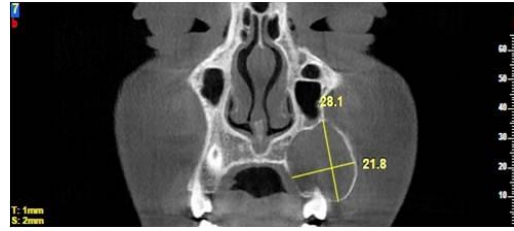


VAKA RAPORU

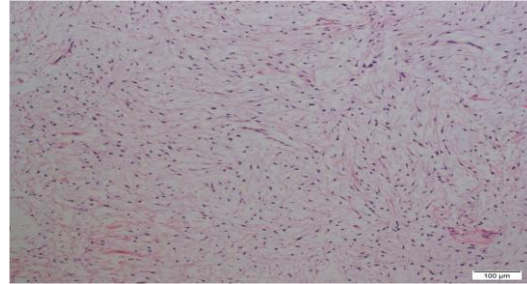
13 yaşındaki çocuk hasta İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi kliniğine sol üst çenede şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın alınan anemnezinde herhangi bir sistemik rahatsızlık saptanmadı. Klinik muayenesinde maksilla sol vestibül sulkusta şişleşme ve palpasyonda sert kıvamda hareketsiz şişlik saptandı. Vestibül doku normal dişeti görünümündeydi. Bölgede herhangi bir pü akışı, hiperemi ve ülserasyona rastlanmadı (Resim 1). Hastadan alınan panoramik grafide sol maksillar kanin, 1.ve 2. premolar ve 1.molar dişi içine alan geniş bir radyolüsent lezyon saptandı (Resim 2). Daha ileri bir inceleme için alınan bilgisayarlı tomografi görüntüsünde yaklaşık 2×3 cm boyutunda kemikte ekspansiyona neden olmuş, üst sınırı maksiller sinüs alt tabanını yukarıya doğru itmiş, lateralde burun yan duvarına kadar uzanan sınırları düzgün yoğun radyolüsent görüntü veren tümöral kitle saptandı (Resim 3). Ön tanı için bölgeden biyopsi alındı ve sonuç miksona olarak rapor edildi (Resim 4). Tedavi için konservatif cerrahiye karar verildi. Lokal anestezi altında intraoral vestibül bölgeden serbest dişeti flebi kaldırılarak kitleye ulaşıldı (Resim 5). Kitle tamamen tek parça olarak enükle edildi, aynı zamanda tümörün içinde olan kanin 1. ve 2. premeolar dişler, 1. molar diş ekstrekte edildi (Resim 6). Bölge primer olarak kapatıldı. Hastanın 1 yıllık takibinde herhangi bir nüks ya da klinik semptom saptanmadı. Hastanın 6 aylık periyodik takibine devam edilmektedir.



Resim 2. Preoperatif Panoramik Radyografi



Resim 3. Preoperatif BT Görüntüsü



Resim 4. Histopatolojik Görüntüsü: Atipi ve mitoz içermeyen uniform işi ve yıldızlı tümör hücreleri izlenmektedir



Resim 1. Preoperatif İntraoral Görünüm



Resim 5. İntraoperatif Görünüm



Resim 6. Operasyon Sonrası Çıkarılan Tümorale kitle ve dişler

TARTIŞMA

Odontojenik miksomalar çene tümörleri içinde en nadir görülen tümörlerdendir.⁷ Çoğunlukla mandibulada ve yetişkinlerde görülürler. Çocuklarda ve maksillada görülme sıklığı oldukça azdır.⁸ Kezslers⁹ ve ark.'larının yaptıkları çalışmada 367 hastadan %8.4'ü 4-16 yaş grubunda olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde; görülme sıklığı erkek ve kadınlarda birbirine yakın olarak saptanmıştır, fakat kadınlarda erkeklere göre biraz daha sık görüldüğü bildirilmiştir.¹⁰⁻¹³ Bizim vakamızda 13 yaşındaki kız çocuğunda ve maksillada saptanmıştır.

Miksomalar diğer benign karakterli tümörlerde olduğu gibi yavaş büyürler fakat lokal invazyon göstermeleri nedeniyle nüks ihtimali oldukça yüksektir. Çoğunlukla semptomsuzdurlar; şişlik, dişlerde migrasyon, anestezi ya da parestezi, fasyal asimetri, gibi semptomlarla teşhis edilirler.^{11,14} Bizim vakamızda tümör yavaş büyüme göstermiş, aynı zamanda şişlik, fasyal asimetri ve dişlerde migrasyona neden olmuştu.

Miksomalar radyolojik olarak multiloküler ya da uniloküler görünüme sahip olabilirler. Araştırmacıların çoğu miksomaların uniloküler olduğunu rapor etmişlerdir.⁵ 40 mm den büyük lezyonlarda multiloküler, küçük lezyonlarda uniloküler görünümün sık olduğu rapor edilmiştir.¹⁵⁻¹⁷ Bizim vakamızda 2 cm'den büyük ve uniloküler görünüme sahipti.

Odontojenik miksomaların tedavisinde en efektif tedavinin cerrahi yaklaşım olduğu literatürde rapor edilmiştir.¹⁸ Cerrahi yaklaşıma alternatif olarak radyoterapi uygulanması gündeme gelmiştir. Geniş lezyonlarda preoperatif radyasyon uygulanarak tümörün küçültülmesini öneren araştırmacılar vardır. Fakat bu uygulama yaygın bir ilgi görmemiştir.

Radyasyon tedavisinin yanı sıra tümörün çok odacıklı yerleşim göstermesi nedeniyle kriyocerrahi uygulamasını öneren araştırmacılar da mevcuttur.^{19,20} Bizim vakamızda cerrahi sınırların net izlenmesi nedeniyle sadece konservatif cerrahi uygulanmıştır. 1 yıllık takibinde herhangi bir nüks görülmemesi tedavi seçiminin başarısını göstermiştir.

Sonuç olarak, odontojenik miksomalar yüksek nüks oranına sahiptirler. Lezyonun ağrısız ve yavaş büyüyen bir seyir izlemesi nedeniyle tedaviden sonra hastanın uzun dönem rutin takibi büyük öneme sahiptir. Maksilla'da nadir görülür fakat daha hızlı bir yayılım gösterir, aynı zamanda komşu anatomik yapılar nedeniyle cerrahi yaklaşımı da zordur. Olgumuzun takibinde nüks ve semptomla rastlamamız tedavi seçiminizin doğruluğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Canalis RF, Smith GA, Konrad HR. Myxomas of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1976;102:300-5.
2. MacDonald-Jankowski DS, Yeung R, Lee KM, Li TK. Odontogenic myxomas in the Hong Kong Chinese; clinico-radiological presentation and systematic review. Dentomaxillofac Radiol 2002;32:71-83.
3. Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borrmann H. Odontogenic myxoma—a radiographic study of 21 tumors. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32:298-302.
4. Pratt M, Warnock G. Odontojenik myxoma of the maxilla. Otolaryngology- Head and Neck surgery 1987;96:292-6.
5. Perzin KH, Panyu H, Wcchters. Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx. Cancer 1982;50:2193-202.
6. James DR, Lucas VS: Maxillary myxoma in a child of 11 months. J Craniomaxillofac Surg 1987;15: 42-4.
7. Ghosh BC, Huvos AG, Gerold FP, Miller TR. Myxoma of the jaw bones. Cancer 1973;31:237-40.
8. Brewis C, Roberts DN, Malone M, Leighton SE. Maxillary myxoma: a rare midfacial mass in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000;56:207-9.
9. Kezslers A, Dominguez FV, Giannunzio G. Myxoma in childhood: an analysis of 10 cases, J. Oral Maxillofac. Surg 1995;53:518.
10. Fenton S, Slootweg PJ, Dunnebie EQ, Mourits MP, Odontogenic myxoma in a 17-month-old child: a

- case report. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:734-6.
11. Simon E, Merks M, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga P. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2004;33:333-7.
 12. Adebayo ET, Ajikeye EO, Odontogenic tumours in children and adolescents: a study of 78 Nigerian cases. J CranioMaxillofac Surg 2002;30:267-72.
 13. Baker BF. Odontogenic myxoma. Semin Diagn Pathol 1999;16:297-301.
 14. Adebayo E, Ajike S, Adekeye E. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna. Nigeria J Oral Maxillofac Surg 2005;63:811-9.
 15. Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, et al. Odontogenic myxoma – a radio-graphic study of 21 tumours. Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32:298-302.
 16. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenicmyxoma of the jaws. Dentomaxillofac Radiol 1997;26:299-303.
 17. Noffke CE, Raubenheimer EJ, Chabikuli NJ, et al. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;104:101-9.
 18. Sumi Y, Miyasishi O, Ueda M. Magnetic resonans imaging of myxoma in the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;90:671-6.
 19. Pogrel MA. The use of liquid nitrogen cryotherapy in the management of locally ggressive bone lesions. J Oral Maxillofac Surg 1993;51:269-73.
 20. Pogrel MA. The management of lesions of the jaws with liquid nitrogen cryotherapy. J Calif Dent Assoc 1995;23:54-7.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Mahmut KOPARAL
Adıyaman Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Tlf: 04162251920
e-mail: drmahmutkoparal@gmail.com

