

ANTERİOR MAKSİLLER DİŞETİNDE YASSI EPİTEL HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU: VAKA RAPORU

Squamous Epithelial Cells Carcinoma at Maxillary Anterior Gingiva: A Case Report

Canan ÖNDER*
Hasan BEHRAMAN**

İlkin KARADAĞ**

Şıvge KURGAN*
Ömer GÜNHAN***

Özet

Ağız mukozasının malign tümörlerinin yaklaşık %90'ı yassı epitel hücreli karsinom niteliği taşır. Yassı epitel hücreli karsinomlar ağız mukozasının her yerinde görülebilir. Bu olguda anterior maksiller dişetinde görülen yassı epitel hücreli karsinomun klinik ve histopatolojik özellikleri sunulmaktadır.

Vaka Sunumu:

57 yaşında kadın hasta sağ maksiller anterior bölgede ağrısız dişeti büyümesi şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın sistemik anamnezinde hipertansiyon ve tip II diyabet hastası olduğu öğrenildi. Yapılan radyografik muayenede herhangi bir kemik kaybına rastlanmadı. Klinik ve radyografik değerlendirmenin ardından histopatolojik değerlendirme için sağ maksiller kanin dişetinden biyopsi alındı.

Histopatolojik inceleme sonucu kesitlerde invaziv gelişim gösteren malign tümör görüldü. Tümör nükleer pleomorfizmi düşük, fokal keratinizasyon içeren atipik yassı epitel hücrelerinden oluşmaktaydı. Biyopsi sonucuna göre tanı yassı epitel hücreli karsinom olarak belirlendi.

Sonuç

Dişetinde görülen yassı epitel hücreli karsinom diğer yassı epitel hücreli karsinom türlerine göre farklılık gösterebilir. Tümör bazen lokalize periodontal hastalığı taklit edebilir bazen de dişeti büyümesi şeklinde gözlenebilir. Bu nedenle periodontal hastalıkla veya dişeti büyümeleri ile karıştırılabilir. Klinisyenler bu tip lezyonları değerlendirirken son derece dikkatli olmalıdır.

Abstract

Malignant tumors of oral mucosa, approximately by 90%, carry characteristic of squamous Cell Carcinoma (SCC). Squamous Epithelial Cells Carcinoma may be observed anywhere in oral mucosa. In this study, clinical and histopathological properties of SCC on maxillary anterior gingiva are presented.

Case Study

57-years old female patient complaining of painless enlarged gingiva on right maxillary anterior had applied to our clinic. Through initial examination, hypertension and type II diabetes was revealed. There was no bone loss in radiographic examination. Following clinical investigations, for histopathological evaluations, biopsy was taken from marginal gingival of right maxillary canine tooth.

At histopathological results of samples, malignant tumor with invasive growth behavior was detected. The tumor was contained low nuclear pleomorphism and focal-keratinization-involving atypical squamous epithelial cells. The result of biopsy examinations was SCC.

Results

SCC seen in gingiva can be different from those that found in other part of body. Sometimes tumor appears as localized periodontal disease or gingival enlargement. Hence, it can mislead by periodontal disease or gingiva enlargement. High carefulness is required for clinician to assess assessing these types of lesions.

* Dr. Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı

** Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı

*** Prof. Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş

Baş-boyun bölgesinin yassı epitel hücreli karsinomları, dünya kanser istatistiklerinde 6. sırada yer alırlar; erkeklerdeki kanserlerin %4'ünü, kadınlardakilerin %2'sini oluştururlar (1). Oral kavitedeki en yaygın malign neoplazi yaklaşık % 90 seviyesinde yassı epitel hücreli karsinomdur (SCC) (2).

Oral kavitedeki SCC insidansı; alt dudak için %35, dilin arka yüzeyi için %25, ağız tabanı için %20, yumuşak damak için %15, dişeti ya da alveol için %4 ve bukkal mukoza için %1 olarak rapor edilmiştir (3). Soo ve arkadaşları (4), bütün oral kavite neoplazmları içinde gingival SCC'ü <%10 olarak gözlemlemişlerdir. Barasch ve arkadaşları (5) ise, gingival/alveoler bölgedeki SCC'ü %2-12 olarak göstermişlerdir.

SCC, %70 oranında mandibulada oluşur (4). Maksiller SCC'lar mandibular SCC'lara göre daha agresiftir. Ancak maksiller SCC'lu hastalar, geç teşhis edilmeleri ve infratemporal fossaya erken invazyonlarından dolayı ilerlemiş evrelerde olsalar bile hastalık görülmeden daha iyi bir yaşam sürebilmektedir (6).

Literatürde gingival SCC'ların, granüler, papiller veya verrüköz yüzey ile ekzofitik bir kütle olarak ya da ülseratif bir lezyon olarak görüldüğü rapor edilmiştir (7). SCC'un klinik

görüntüsü, eritamatöz lezyon, ileri alveoler kemik kaybı ve gingival ağrıyı içerebilir (4,7,8). Bazı vakalarda gingival SCC lokalize periodontal hastalıkla karışabilir (7-10). Özellikle tümörün oral bakteriler tarafından ikincil enfeksiyonu olduğunda gingival SCC lokalize kronik periodontal lezyonla karıştırılabilir (9). Böyle vakalarda diş çekimi sonrasında tümörde hızlı bir büyüme görülebilir (10). Bu durum tedaviyi geciktirebilir.

Bu vaka raporunda maksiller anterior bölgesinde gingival SCC teşhisi konulan hastanın tanı ve tedavi basamakları anlatılmaktadır.

Vaka Sunumu

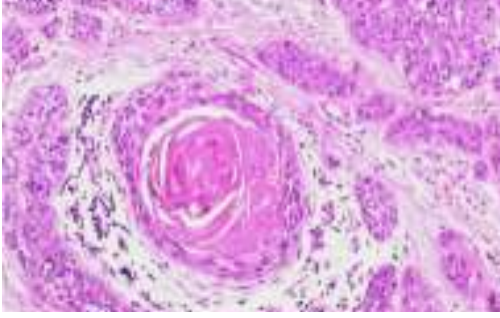
57 yaşında kadın hasta sağ maksiller anterior bölgede ağrısız dişeti büyümesi şikâyetiyle, Eylül 2012 tarihinde Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji kliniğine başvurdu. Hastadan alınan sistemik anamnezde, hastanın hipertansiyon ve tip II diyabet hastası olduğu öğrenildi. Hasta sigara kullanmamaktaydı. Klinik muayenede sağ santral, lateral ve kanin dişlerin bukkal ve palatal dişetini içeren ülser, verrüköz yüzeyli, ekzofitik lezyon gözlemlendi (Resim 1a,b,c). Yapılan klinik ve radyografik inceleme sonucu herhangi bir patolojik cebe ve kemik kaybına rastlanmadı.



Resim 1a,b,c; Operasyon öncesi hastanın bukkal ve palatinalden ağız içi görünümü.

Klinik ve radyografik değerlendirmenin ardından histopatolojik değerlendirme için sağ maksiller kanin dişe ait bukkal marjinal dişetinden biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucu kesitlerde invaziv gelişim gösteren malign tümör görüldü. Tümör nükleer pleomorfizmi düşük, fokal keratinizasyon içeren atipik

yassı epitel hücrelerinden oluşmaktaydı. Hücreler küçük adalar oluşturarak submukozal alana infiltrasyon yapmaktaydı (Resim 2). Bu bilgiler doğrultusunda biyopsi sonucuna göre tanı yassı epitel hücreli karsinom olarak belirlendi.



Resim 2; Biyopsi ile alınan parçanın immünohistokimyasal görüntüsü.

Tedavi:

Hasta Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı Kliniği'ne yönlendirildi. Bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre hastanın cerrahisi planlandı. Boyun diseksiyonu olmadan hemimaksillektomi uygulandı. Cerrahi sırasında 14,13,12,11 ve 21 no'lu dişler çekildi. Hastaya cerrahi sonrası radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanmadı. Hastanın 3 aylık takibinde herhangi bir nükse rastlanmadı (Resim 3). Hastaya yara iyileşmesini takiben protetik restorasyon planlandı.



Resim 3a,b,c; Operasyon sonrası hastanın bukkal ve palatinalden ağız içi görünümü.

Tartışma

Yassı epitel hücreli karsinom epitelyal bir tümör olup; oral kavitenin en yaygın tümörlerindedir (2). Bütün intraoral SCC'ların içinde gingival yassı epitel hücreli karsinom %10'dan daha az ve sıklıkla mandibulada gözlenir (4).

Gingival SCC nadiren sigara ile ilişkilidir. Oysa oral yassı epitel hücreli karsinomlar için sigara ve alkol ana risk faktörleridir (5). Gomez ve arkadaşları (11) ile Dahlstrom ve arkadaşları (12), oral SCC hastalarının, baş ve boynadaki diğer bölgelerdeki SCC hastalarına göre daha yaşlı olduğunu rapor etmişlerdir. Gingival SCC insidansı erkeklerde daha yüksektir (13); ancak son çalışmalar bayanlar arasında da bir artış olduğunu rapor etmiştir (5).

Maksiller gingival yassı epitel hücreli karsinomların yaygın semptomları alveoler büyüme ve trismustur (14). Bu vakada hasta alveoler büyüme ve trismustan şikayetçi değildi; sadece ağrıdan şikayetçiydi.

SCC'ların tedavisi kemoterapi, radyoterapi ve gingivo-bukkal kompleksteki spesifik bölgeye, tümörün uzantısına ve lenf nodlarının durumuna göre uygulanan lokal rezeksiyonu içerir (15). Bazı çalışmalarda maksiller gingi-

val tümörlerin en yaygın lokal rekürrensünün infratemporal fossa olduğu rapor edilmiştir. Çünkü posterior olarak lokalize olan maksiller gingival kanserler, infratemporal fossaya rahatlıkla ulaşırlar. Bir çok yazar, infratemporal fossanın 3. molar dişe ya da maksiller tüber bölgeye uzanan, 'elective en bloc' tekniği ile cerrahisini tavsiye etmektedir (14,16).

Bu hastalarda boyun diseksiyonu ve/veya radyoterapi sıklıkla uygulanır. Çünkü oral yassı epitel hücreli karsinom servikal lenflere yüksek oranda metastaz yapma eğilimindedir (17). Montes ve Schmidt maksiller yassı epitel hücreli karsinom hastalarında servikal metastaz riski olduğunu rapor etmişlerdir ve bu riskin %11.5 ila %28.5 oranında olduğunu bildirmişlerdir (18). Dolayısıyla maksiller SCC'da selektif boyun diseksiyonunu tavsiye etmişlerdir. Bizim vakamızda lenf nodlarının tutulumu görülmemekteydi ve cerrahi sınırlarda herhangi bir invazyon belirlenmediğinden boyun diseksiyonu ve radyoterapiye ihtiyaç duyulmadı. Hastaya boyun diseksiyonu olmadan hemimaksillektomi uygulandı.

Sonuç olarak gingival yassı epitel hücreli karsinomlar lokalize periodontal hastalıkları taklit ettiği için, diğer yassı epitel hücreli karsinomlardan biraz farklıdır. Lokalize periodon-

tal lezyon veya dişeti büyümesi sanılıp cerrahi müdahalelerde bulunulan bu tür şüpheli lezyonlar tümörün daha agresif bir şekilde büyümesine neden olabilir. Bu durum hastaların yaşam sürelerini ve kalitelerini etkileyebilir. Klinisyenlerin şüpheli lezyonların tanısında ve takibinde dikkatli olmaları oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Parkin DM, Läärä E, Muir CS. Estimates of the world-wide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int J Cancer* 1988; 41:184-197.
2. Casiglia J, Woo SB. A comprehensive review of oral cancer. *Gen Dent* 2001; 49:72-82.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*, 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2004:164-206.
4. Soo KC, Spiro RH, King W, Harvey W, Strong EW. Squamous carcinoma of the gums. *Am J Surg* 1988; 156:281-285.
5. Barasch A, Gofa A, Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Squamous cell carcinoma of the gingiva. A case series analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80:183-187.
6. Pathak KA, Gupta S, Talole S, et al. Advanced squamous cell carcinoma of lower gingivobuccal complex: Patterns of spread and failure. *Head Neck* 2005; 27:597-602.
7. Lee JJ, Cheng SJ, Lin SK, Chiang CP, Yu CH, Kok SH. Gingival squamous cell carcinoma mimicking a dental abscess: Report of a case. *J Endod* 2007; 33:177-180.
8. Gallagher CS Jr, Svirsky JA. Misdiagnosis of squamous cell carcinoma as advanced periodontal disease. Report of a case. *J Oral Med* 1984; 39:35-38.
9. Yoon TY, Bhattacharyya I, Katz J, Towle HJ, Islam MN. Squamous cell carcinoma of the gingiva presenting as localized periodontal disease. *Quintessence Int* 2007; 38:97-102.
10. Fasanmade A, Pring M, Pawade J, Guest P, Bell C. Rapidly progressing mass of anterior mandible following a dental extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109:330-334.
11. Gomez D, Faucher A, Picot V, et al. Outcome of squamous cell carcinoma of the gingiva: A follow-up study of 83 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2000; 28:331-335.
12. Dahlstrom KR, Little JA, Zafereo ME, Lung M, Wei Q, Sturgis EM. Squamous cell carcinoma of the head and neck in never smoker-never drinkers: A descriptive epidemiologic study. *Head Neck* 2008; 30:75-84.
13. Sarachev EL, Ananostev NH. Trends in the oral cavity cancer morbidity in three regions of South Bulgaria for a period of 15 years (1985-1999). *Folia Med (Plovdiv)* 2001; 43:150-154.
14. Pathak KA, Mathur N, Talole S, et al. Squamous cell carcinoma of the superior gingival-buccal complex. *Oral Oncol* 2007; 43:774-779.
15. Levine RL, Pardanani A, Tefferi A, Gilliland DG. Role of JAK2 in the pathogenesis and therapy of myeloproliferative disorders. *Nat Rev Cancer* 2007; 7:673-683.
16. Kim OS, Uhm SW, Kim SC, Lee BA, Kim OJ, Kim YJ, Chung HJ. A Case of Squamous Cell Carcinoma Presenting as Localized Severe Periodontitis in the Maxillary Gingiva. *J Periodontol.* 2012 June; 83(6):753-6
17. Eicher SA, Overholt SM, el-Naggar AK, Byers RM, Weber RS. Lower gingival carcinoma. Clinical and pathologic determinants of regional metastases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122:634-638.
18. Montes DM, Schmidt BL. Oral maxillary squamous cell carcinoma: Management of the clinically negative neck. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66:762-766.

Yazışma Adresi:

Dr. Dt. Canan ÖNDER
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı
06500-Beşevler, Ankara
Tel: (312) 296 56 85
e-mail: gulec_canan@yahoo.com