

PERİMANDİBULAR BÖLGEDE FİBROMA

Yrd. Doç. Dr. Ümit ERTAŞ*

Dt. Sinan TOZOĞLU**

ÖZET

Bağ dokusu tüm vücuda yayılmış olmasına rağmen, bağ dokusu tümörleri o kadar sık görülmemektedir. Fibromalar fibröz bağ dokusundan menşey alır ve onun yapısını gösterirler. Vücudun her yerinde bulunabilirler. En sık görüldüğü yerler deri, derialtı dokusu, fascia ve tendonlardır. Fakat over, böbrek, meme ve barsak gibi organlarda da görülebilirler. Oral bölgede ise tüm mukozada görülebilirlerse de en fazla dil, dudak, gingiva, yanak mukozası ve damakta bulunurlar.

Bu vakada fasial asimetriye yol açan mandibular lateral bölgede ki kitleden dolayı kliniğimize baş vuran hastanın preoperatif, operatif ve post operatif tedavi aşamaları ve lezyonun sınıflandırılması literatür ışığı altında tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Yumuşak Doku Tümörleri, Fibroma

SUMMARY

Although the connective tissue overspreads to entire body, its tumors are not seen frequently. Fibromas consist of fibrous connective tissue and represent its structure. They can be found in every part of the body; more commonly fascia, tendons, cutaneous and subcutaneous tissue. But they can be seen over, kidney, mammary tissue and intestine as well. In an oral area, even if fibroma can be seen entire mucoza, they are most frequently seen tongue, lip, gingiva, plate and cheek mucosa.

A patient suffering from the mass in lateral mandibular region which cause facial asymetry applied to our clinic. In these case report, this patient's preoperative, operative, postoperative treatment steps and classification of the lesion were discussed under the light of literature.

Key Words: Soft Tissue Tumors, Fibroma

GİRİŞ

Bağ dokusu tüm vücuda yayılmış olmasına rağmen, bağ dokusu tümörleri o kadar sık görülmemektedir.¹ Fibromalar, fibröz bağ dokusundan menşey alır ve onun yapısını gösterirler.¹⁻⁵ Vücudun her yerinde bulunabildikleri gibi en sık bulunduğu yerler deri, derialtı dokusu, fascia ve tendonlardır. Nadiren de olsa over, böbrek, meme ve barsak gibi organlarda da rastlanırlar.¹⁻³ Oral bölgede ise mukozanın her yerinde görülürlerse de en fazla dil, dudak, gingiva, yanak mukozası ve damakta bulunurlar.⁴ Çoğu fibröz lezyonlar hayatın ilk yıllarında görülür ve karakteristik bir yapıya sahiptirler,⁶ ancak yaş ve sex ayrımı yoktur.⁴

Makroskobik olarak fibromaların çapları değişik boyutlardadır. Toplu iğne başı büyüklüğünde olabilecekleri gibi 10-15 cm. çapında (overlerde) olanları da vardır.¹ Genişleme eğilimi ve yavaş büyüme potentine sahip olmalarından dolayı kapsüllenme eğilimindedirler.¹⁻³ Bu sebepten dolayı iyi sınırlanmış, yuvarlak ve kapsüllü oluşumlardır.¹ Tümör, sert ya da yumuşak olabilir.^{1,3,4} Bunda kollogen ve yağ içeriğinin etkisi

vardır.⁶ Sert olanlara fibroma durum, yumuşak olanlara ise fibroma molluskum denir.^{1,6} Sert olanların kesit yüzeyleri beyazımtırak ve parlak, yumuşak olanların ise sarımtıraktır. Kesit yüzeylerinde lifsel bir görünüm vardır.¹

Mikroskobik olarak ise fibromalar yangısal hiperplaziye benzerler. Fakat hiperplazilerde o bölgedeki irritasyon ortadan kalktığı zaman gerileme görülmesine karşın, fibromalar gerilemezler.⁴ Fibromalar, birbirlerinden retikülün iplikleriyle ayrılmış, fibroblastlardan oluşurlar.^{1,3,4} İğ biçiminde olan hücreler ve çaprazlaşan lif demetlerini ihtiva ederler.^{1,2} Bazı fibromalarda ise diffüz veya fokal kalsifikasyon veya ossifikasyon alanlarına rastlanır.⁴ Bu durumda fibromaları kemikleşen(ossifying) veya kemikleşmeyen(nonossifying) diye iki grupta incelemekte mümkündür.^{2,6,7} Fibromalar damarsal yapıları ve bazen makrofajlarda içerirler. Bu yapılarından dolayı sklerozan hemangiomaya da benzetilirler. Lezyonlarda mukoid dejenerasyon, kireçlenme ile kıkırdak ve kemik metaplazileri görülebilir.¹

Fibröz tümörler ve tümör benzeri lezyonların tedavisi cerrahi eksizyonla yapılmaktadır. Bu tümörlerin bazıları tamamen benignedir. Basit bir eksizyondan sonra rekürrens göstermezler.

*Atatürk Üniv. Diş Hekimliği Fak. Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerr. A. B. D. Öğretim Üyesi

**Atatürk Üniv. Diş Hekimliği Fak. Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerr. A. B. D. Arş. Gör.

Bazılarıysa sınırları pek belirli olmayan, infiltrasyon yaparak büyüyen, metastaz yapabilen ve geniş eksizyon yapılmazsa rekürrens göstermeye meyilli olan malign lezyonlardır.⁶

VAKA TAKDİMİ

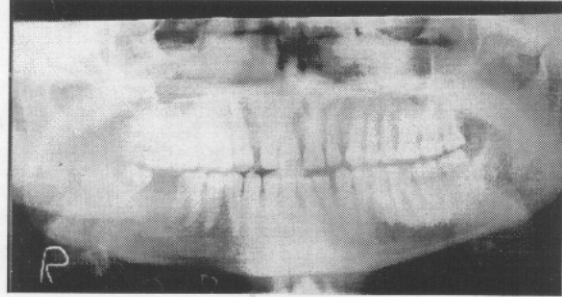
33 yaşındaki sağır ve dilsiz bayan hasta N. K 14.03.1999 tarihinde sağ alt çenesinde yer alan ve fasiyal asimetriye yol açan büyük bir şişlikten dolayı Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine başvurmuştur. Yapılan extraoral muayenede sağ mandibula korpusuna yapışık ve submandibular bölgeye doğru uzanım gösteren büyük bir şişlik tesbit edildi (Resim 1). Submandibular, boyun bölgesinde herhangi bir lenf bezi palpe edilememekle beraber diğer anatomik oluşumlar normal görünüyordu. Şişliğin klinik muayenesinde, fluktuasyon vermeyen, sert kıyamalı, sınırları belirgin bir kitle palpe edildi. İntraoral muayenede tümörden dolayı gingivobukkal sulcus minimal daralma göstermiş olmakla beraber, palpasyonda tümörün üst yüzeyi palpe edilebiliyordu (Resim 2). Kitle mandibula dış yüzeyine yapışık bir halde ve hypomobildi. Hastanın üçüncü derece yakınlarından alınan anamnezde kitlenin ağrısız olduğu, yavaş büyüdüğü ve yaklaşık 4 yıl gibi uzun bir süredir mevcudiyetini sürdürdüğü anlaşıldı. Alınan panoramik radyografilerde de mandibulada herhangi bir kemik destrüksiyonuna rastlanılmadı (Resim 3). Hasataya tanı amacıyla ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı biyopsi sonucunda malign tümör negatif yayma olarak raporlandı.



Resim 1. Preoperatif profil görünümü.



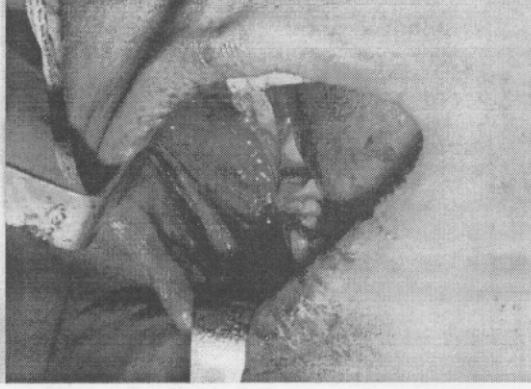
Resim 2. Preoperatif intra oral görüntüm.



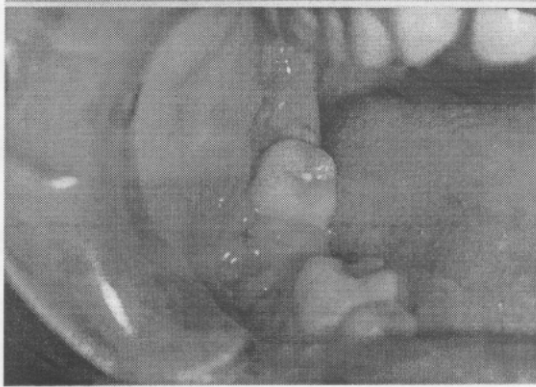
Resim 3. Ortopantomografik görüntümü.

Tüm bunların ışığı altında hasta 17.3.1999 tarihinde lokal anestezi altında, intraoral yaklaşımla operasyona alınarak, gingivobukkal sulcusun en derin yerinden yapılan insizyonla kitle bölgesi açıldı. Lezyonun sert ve kapsüllü olduğu görülerek kitle künt diseksiyonla ortaya çıkarıldı (Resim 4). Lezyonun büyük ve sert olmasından dolayı kitle iki parçalı olarak eksize edildi. Kitlenin mandibulaya yapıştığı bölgede kemik yüzeyinin sağlam olduğu görülmekle beraber, kitlenin temas ettiği mandibula dış yüzeyinde ki korteksin tüberositas benzeri pürtüklü olduğu, ancak tümör infiltrasyonu olmadığı görüldü ve kemik yüzeyi frezlenerek düzeltildi. Daha sonra ciltaltı dokular 3-0 kat-güt krome ile suture edilip, mukozal insizyon yeri primer olarak ipek suturle kapatıldı (Resim 5). Hasta bir hafta sonra kontrole çağrılıp, ipek suturler alındı. Hastanın yüzündeki lezyonun neden olduğu şişliğin kaybolduğu, ancak operasyon sonrası oluşan

ödemden kaynaklanan minimal şişliğin bulunduğu göze çarptı (Resim 6,7). Eksizyonel olarak çıkarılan kitle Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD'na gönderildi. Histopatolojik incelemede, mikroskobik olarak demetler ve iç içe geçmiş kısa fasiküller halinde seyreden, oval ya da yuvarlak nukleuslu, uzamış eozinofilik stoplazmalı, matur fibroblastlar ve kollogenize bağ dokusu artışından ibaret tümoral yapı izlendi ve mitoz tesbit edilmedi. Lezyona fibroma tanısı kondu. Hasta, sosyo ekonomik durumunun elverişsiz olmasından dolayı daha sonraki kontrollerine gelmemiştir.



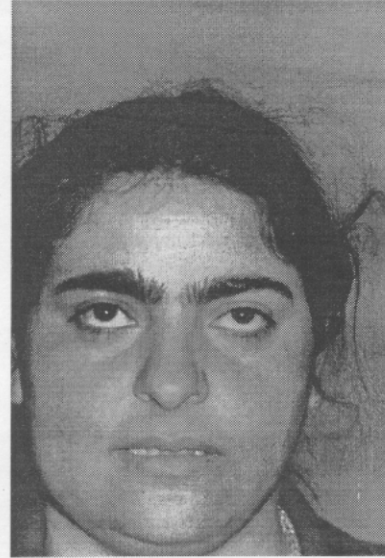
Resim 4. Kitle çıkarıldıktan sonraki boşluğun görüntüsü



Resim 5. Operasyondan 1 hafta sonraki görünümü.



Resim 6. Preoperatif cephe görünümü.



Resim 7. Post operatif 1 hafta sonraki cephe görüntüsü

TARTIŞMA

Fibröz tümörler ve tümör benzeri lezyonlar farklı başlıkların heterojen gruplarında sınıflandırılmaya çalışılmıştır.⁹ Ancak hücresel yapıları, anatomik yerleşimleri veya klinik davranışlarından dolayı kolayca sınıflandırılmazlar.¹⁰ Bunda teşhis koymanın güçlüğüne de etkisi oldu-

ğunu düşünmekteyiz. Özellikle mandibuladaki tümörlerde klinik teşhisi koymanın güç olduğu belirtilmiştir.¹¹ Bu lezyonların biyolojik davranışları farklı olmalarına rağmen, histolojik olarak benzer olmaları patolojik teşhisi koymayı da güçleştirmiştir. Sonuçta çeşitli sınıflandırma deneyimleri birçok farklı lezyonun sistematik listede üstüste geldiğini ve karıştığını göstermiştir.⁹ Bu nozolojik karışıklık Enzinger ve Weiss tarafından bir dereceye kadar açıklığa kavuşturulmuştur. Temelde yaş, örneklerin büyüklüğü ve davranışlarına göre fibröz proliferasyonları 4 grupta toplamışlardır:

- Benign fibröz proliferasyonlar
- Fibromatoses(deesmoid tümörler)
- Fibrosarkomalar
- Bebeklik ve çocukluk fibröz proliferasyonları^{7,9}

Benign fibroblastik proliferasyonlar neoplastik orjinlilerden daha iyi tanımlanırlar. Bunlardan nodüler fasilitis ve proliferatif miyositis hızlı büyür ve 1-2 hafta içinde nihai boyutlarına ulaşabilirler. Bunlar hücrelerden zengindir ve sarkomalarla karıştırılmaları sürpriz değildir. Ancak nadiren metastaz yaparlar ve lokal eksizyonla tedavi edildiklerinde nadiren rekurrens gösterirler. Bu yüzden bu pseudosarkomatöz lezyonlar Dünya Sağlık Organizasyonu'nun yumuşak doku sınıflandırmasında ki gibi fibromatose lar arasında sınıflandırmayıp benign fibroblastik proliferasyonlar arasında yer alırlar.

Bu grubu içeren diğer başlıklar boyutları ve büyüme hızlarıyla farklıdır. Çoğunlukla daha az hücreye sahiptirler ve daha çok kollogen içerirler. Bunlardan örneğin tendon kılıfı fibroması, yaygın bir tümör olmasına rağmen çok az bilinmektedir. Elastofibroma ve nasopharyngeal angiofibroma ise tendon kılıfı fibromasından daha az görülmesine rağmen daha iyi tanımlanmaktadır. Olgumuzdaki vaka' da, bizim düşüncemize göre, fascia kılıfından gelişmiş olmasından dolayı tam olarak bu gruba dahil edilememekle beraber bu gruba yakın klasifiye edilmiştir.

Yine reperatif fibroblastik proliferasyonlardan bahsedilmiştir. Bunların çoğunluğu kollogen zengindir. Nadir görülmelerine rağmen iyi tanımlanmışlardır. Ancak fibroma terimi bu lezyonlara daha az atfedilmiştir.⁶

Oral kavitede ki fibromalar sapsız veya sapsız olabilen, düz yüzeyle, genellikle normal renkli, tümsekleşmiş lezyonlardır. Çok küçük boyutlarda olabilecekleri gibi birkaç cm. çapında olanları da vardır. Şayet tümör irrite olursa yaygınlaşabileceği, hatta yüzeysel olarak ülserleşebileceği bildirilmiştir.⁴ Vakamızda ki tümörün boyutlarının ağız içindeki fibromalar için nadir görülebilecek büyüklükte olduğu görülmektedir.

Bunda irritasyonun etken olmadığını düşünmekteyiz. Çünkü tümör kendini dış etkenlerden muhafaza edercesine yanak içerisinde mandibula dış yüzeyine küçük bir bölgesinden tutunmuş vaziyetteydi. Bu boyutlara ulaşmasında, daha çok tümörün uzun bir süredir mevcudiyetini sürdürmesinden ve hastanın tedavisini daha erken yaptıramamış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Tümörün 4 yıl gibi bir sürede daha da büyük boyutlara ulaşamamış olmasını ise tümörün büyüme potantine ve genişleme-kapülleme eğiliminde olmasına bağlıyoruz. Bu tümörlerin yüzeye yakın örneğin deri ve mukozada bulunduğu zaman örtü epitelini itererek sapsız tümör hakini alacağı bildirilmiştir. Buna fibroma pandilum denir.⁶ Ancak vakamızdaki fibromun sapsız olmaması ilgi çekicidir.

Teşhisin karışmasına reaktif veya reperatif fibroblastik proliferasyonlar sıklıkla neden olurlar. Bunlar genellikle kronik enflamasyonlarla, yara iyileşmesiyle ve organize hemorajilerle birlikte olurlar, tanımlanmaları da zor olur. Bu lezyonların tanımlanması histolojik olarak zonal varyasyonlara ve hücresel polimorfizme dikkat edilince mümkün olabilmektedir. Bu vakaların çoğunda inflamatuvar elementlerin varlığı, siderofaji ve hemoraji odağı olması doğru teşhise yardımcı olmaktadır.⁶

KAYNAKLAR

1. Yenerman M. Genel Patoloji. Çeliker Matbaacılık, İstanbul, 1981:873-880
2. Anderson WAD. Kısa Patoloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1987:312-313
3. Tanay S. Genel Patoloji Ders Kitabı. Yenidesen Ltd. Şti. Ankara, 1967:271
4. Baran S. Oral Patoloji. Gazi Üniv. Yay. Ankara, 1982:235-236
5. Kumar V, Cotron R, Robbins S. Basic Pathology 6th.ed. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000:133
6. Enzinger FM, Weis SW. Soft tissue tumors. 2th ed. CV Mosby Company, St Louis, 1988: 102-135.
7. Peter A, Harput MD. Pathology, Lea&Febiger, Philadelphia, 1955: 983.
8. Rosai J. Ackerman Surgical Pathology 8th ed. A Times Mirror Company St Louis, 1996: 278.
9. Vally IM. Fibromatoses of the oral and paraoral soft tissues and jaws. J Oral Surgery 1990; 69: 191-198.
10. Melrose RJ. Juvenil fibromatoses affecting the jaws. Oral Surgery 1980; 49: 317Y-324.
11. Sasaoka K. Central fibroma in the ascending ramus of the mandibula. Case raport. Australian Dental J. 1999;44:131-134