



**RECURRENT ODONTOGENIC MYXOMA OF MANDIBLE:
A CASE REPORT**

**MANDİBULADA GÖRÜLEN REKÜRRENT ODONTOJENİK MİKZOMA:
BİR OLGU SUNUMU**

Dt. Zeynep GÜMRÜKÇÜ*
Dt. Onur YILMAZ*

Yrd. Doç. Dr. Yavuz Tolga KORKMAZ*
Dr. Sümeyra HAS**

Dt. Burak CEZİRLİ*

Makale Kodu/Article code: 1869
Makale Gönderilme tarihi: 25.09.2014
Kabul Tarihi: 18.12.2014

ÖZET

Odontojenik mikzoma oral kavitede nadir görülen benign mezenkimal odontojenik tümör olarak bilinmektedir. Tümör sıklıkla mandibulada görülür. Küçük lezyonlar yavaş ve asemptomatik gelişim gösterdiği için rutin radyografik kontroller esnasında tesadüfen fark edilir. Büyük lezyonlar ekspansiyon veya kortikal perforasyon oluşturabileceklerinden fark edilmesi daha kolaydır. Radyografik olarak belirgin veya düzensiz sınırları olan uniloküler veya multiloküler lezyon olarak görülebilir. Radyografik görüntüsü 'bal peteği-sabun köpüğü' veya 'tenis raketi' şeklinde tanımlanabilmektedir.

Odontojenik mikzomlar cerrahi olarak tedavi edilirler. Küretaj ve enükleasyon veya rezeksiyon, uygulanan tedavi seçenekleri arasındadır. Tümörün agresif ve invaziv yapısından dolayı rekürrens potansiyeli vardır.

Bu vaka raporunda, mandibulada odontojenik mikzom tespit edilen ve iki kez rekürrens izlenen vakanın tedavisi ve 48 aylık takibi sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik mikzom, rekürrens, cerrahi tedavi

ABSTRACT

Odontogenic myxoma is known as a rare benign mesenchymal odontogenic neoplasm in oral cavity. Tumor is seen most frequently in mandible. Because of smaller lesions are usually asymptomatic, the tumors usually discovered during a routine radiographic examination. Large lesions can be diagnosed easily due to the jaw expansion and perforation of the cortical plate. Radiologically, the lesion can be seen unilocular radiolucency or multicystic lesion with well-defined or diffused margins. The radiographic appearance can be defined as "honey combed," "soap bubble," or "tennis racket".

The treatment of myxoma is surgery. Curettage, enucleation and resection are the treatment choice that can be applied. Due to the aggressive and invasive behavior of the tumour the recurrence is possible.

A mandibular myxoma, it's surgical treatment, 2 recurrence phases, and it's 48 months follow up period are presented in this case report.

Key words: Odontogenic myxoma, recurrence, surgical treatment

GİRİŞ

Odontojenik mikzom dental laminanın emriyonik mezenkimal elementlerinden orjin alan bir tümördür.¹ Dental papil veya periodonsiyumdan orjin aldığı düşünülmektedir.² Hayatın 2. ve 3. dekatında ve bayanlarda daha yüksek oranda görülmektedir.³ Nadir görülen benign intraosseöz tümör olarak bilinir, fakat lokal agresif özellik gösterir.³ Kapsüllü olmaması ve

kemiğe yapışan mikzomatöz doku infiltratları içermesi nedeniyle rekürrens potansiyeli yüksek olan bir tümördür.¹ Sıklıkla mandibulada görülen, yavaş büyüyen ve ekspansiyona neden olan, metastaz göstermeyen tümör olarak bilinir.^{3,4} Asya, Avrupa ve Amerikada tüm odontojenik tümörler içerisinde görülme oranı % 0.5-17.7 arasındadır.⁵ Sıklıkla mandibular molar bölgede tutulum gösterdiği belirtirse de bazı yayınlarda maksilla ve mandibulada eşit

*Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
** Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı



görülme oranına sahip olduğu belirtilmiştir.⁶ Maksilla tutulumu olan vakalarda sıklıkla maksiller sinus tutulumu da görüldüğü belirtilmiştir.⁷

Önerilen tedavi şekli küretajdan radikal rezeksiyona varan tedavi seçeneklerini içermektedir.^{1,3} Tedavi seçeneğini tümörün boyutları belirler.³ Bazı yazarlar basit enükleasyon veya küretajın mikzomun tedavisinde yeterli olduğunu belirtmiştir. Rotenberg⁸ ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada maksilla da görülen mikzom vakasında marjinal olmayan rezeksiyon sonrası ortalama 8.5 yıllık takip periyodunda rekürrens görülmediğini rapor etmişlerdir. Bir yayında özellikle pediatrik hasta grubunda geniş lezyonların cerrahi tedavisi esnasında, geniş operasyon sonrası oluşan doku kaybı ve beraberinde getirdiği fonksiyon kaybını önlemek amacıyla enükleasyon ve küretajın başlangıç tedavisi için uygun olabileceği belirtilmiştir.⁹

Lezyonun benign karakterine rağmen, cerrahi küretajla tedavi edilen vakalarda yüksek rekürrens oranları belirtilmiştir.⁶ Bazı vakalarda bu nedenle tedavi için rezeksiyon gerekli görülmüştür.¹⁰ Rekürrens tedavi seçeneği ile direk ilişkili bulunmuş ve konservatif küretaj sonucu yüksek rekürrens oranları rapor edilmiştir.^{11,12} Yine de rezeksiyon seçeneğini kabul etmeyen hastalar veya rekürrens izlenen vakalarda enükleasyon ve küretaj tercihleri düşünülebilir.¹¹

Bu vaka raporunda 17 yaşında kadın hastada mandibular premolar-molar bölgede cerrahi tedavi sonrası 2 kez rekürrens gözlenen odontojenik mikzom olgusu ve 48 aylık takip periyodu sunulmaktadır.

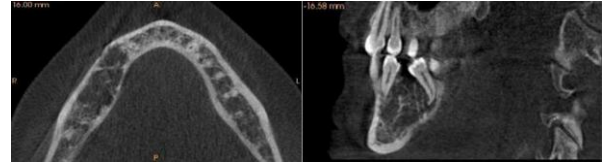
VAKA RAPORU

17 yaşındaki kadın hasta sağ mandibular molar bölgedeki şişlik şikayeti ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi Kliniği'ne başvurmuştur. Klinik muayene sonucunda mandibular sağ I. ve II. premolar dişlerin vestibül kısmında flüktüasyon göstermeyen, sert bir şişlik tespit edilmiştir. Alınan panoramik radyografi (OPG) ve bilgisayarlı tomografide (BT) I.premolar ve I.molar dişler arasında radyölüsent-radyoopak mikst görüntü veren bir lezyon tespit edilmiştir. (Resim 1-2) Lezyonun ilgili diş köklerinde deplasmana neden olduğu görülmüştür. (Resim 1)

Hastanın sedasyon anestezisi altında opere edilmesi planlanmıştır. İntravasküler 2 mg midazolam,

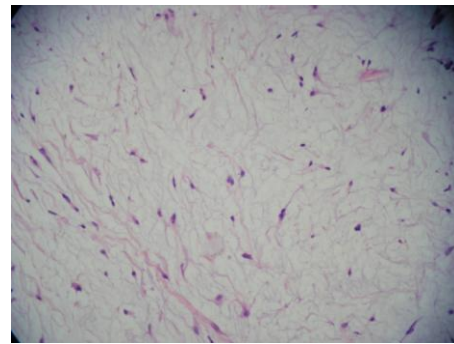


Resim 1. Tedavi öncesi OPG



Resim 2. Tedavi öncesi BT görüntü kesitleri (Aksiyal- Sagittal)

50 mgc fentanil ile hemodinamik stabilizasyon sağlanmıştır ve sol mandibular bölgede inferior alveolar blok anestezisi ve bukkal infiltrasyon anestezisi uygulanmıştır. Lezyon cerrahi olarak açıldığında tümörün I.premolar, II.premolar ve I.molar diş kökleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Lezyonla ilişkili dişlerin çekimi yapılmıştır. Lezyon tek parça halinde bütünlüğü korunarak çıkarılmıştır ve epitel kalıntılarını önlemek amacıyla tümör kavitesinin duvarları kürete edildikten sonra sağlam dokulardan bir miktar kemik freze edilmiştir. Spesimen odontojenik mikzom ön tanısıyla histopatolojik incelemeye gönderilmiştir.



Resim 3. Gevşek mikzoid yerel metakromatik, iğsel Hücreler (Histopatolojik görüntü)

Histopatolojik incelemede gevşek mikzoid yerel metakromatik, distrofik, kalsifiye, iğsel biçimli seyrek uniform hücrelerden oluşan tümör hücreleri belirlenmiştir. (Resim 3) Histopatolojik inceleme sonucu odontojenik mikzom ile uygun bulunmuştur.

Hastanın postoperatif iyileşme süreci sorunsuz tamamlanmıştır. Hasta 6 aylık periyotlarla kontrole çağırılmıştır. 12 aylık kontrol süresince klinik veya radyografik olarak herhangi bir rekürrens bulgusuna rastlanılmamıştır ve OPG’de tümör kavitesinde kemik rejenerasyonu tespit edilmiştir.(Resim 4) 24.ay kontrol röntgeninde ilgili bölgede kret tepesinde, yaklaşık 2-4mm çapında radyolüsent bir alan tespit edilmiştir. (Resim 5) İlgili radyolüsent alanın rekürrens bulgusu olduğu düşünülmüş ve hastanın opere edilmesine karar verilmiştir. Hastanın yaşının genç olması, sınırlı bir rekürrens gözlenmesi ve hastanın radikal cerrahi kabul etmemesi nedeniyle ilgili radyolüsent alanı içeren bölge 0.5cm’lik sağlıklı kemik dokuyu içerecek şekilde lokal olarak rezeke edilmiştir.



Resim 4.Enükleasyon ve küretaj sonrası 12.ay OPG



Resim 5. 24. Ay kontrol OPG ve rekürrens bulgusu

Spesimen histopatolojik incelemeye gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucunda rekkürent odontojenik mikzom tanısı doğrulanmıştır. Hastanın takip eden 24 ay boyunca 6 ay aralıklarla klinik ve radyografik kontrolleri yapılmıştır. Alınan 48. ay kontrol röntgeninde, rezeke edilen bölgenin yaklaşık 0.5 cm inferiorunda 2 adet uniloküler radyolüsent alan tespit edilmiştir. (Resim 6) Hastadan BT ve OPG alınmış ve radyografik görüntülerde 2.nüks doğrulanmıştır. İlgili bölgede 2. kez rekürrens belirlendiği için cerrahi tedavi olarak marjinal/ segmental rezeksiyon planlanmaktadır. Hastanın klinik ve radyografik kontrolleri devam etmektedir.



Resim 6. 48.ay Kontrol OPG ve 2. Rekürrens Bulgusu

TARTIŞMA

Odontojenik mikzom nadir görülen benign bir tümördür.³ Gelişim gösteren dişin ektomezenkim dokusunun farklılaşmasından orjin aldığı düşünülmektedir.^{13,14} Yumuşak doku veya kemik dokuda görülebilmektedir.¹⁵ Anatomik olarak çeşitli bölgelerde görülmüş mikzom vakaları rapor edildikçe en çok mandibula ve takiben maksillada görülür.¹⁶ Tüm odontojenik tümörler içerisinde %3-6 oranında görülür. Görüldüğü yaş aralığı 22.7- 36.9 olarak belirtilmiştir. 10 yaşın altında ve 50 yaşın üzerinde çok nadir görülmektedir.¹ Sunmuş olduğumuz bu vakada odontojenik mikzom 17 yaşındaki kadın hastada sağ mandibular premolarlar bölgesinde tespit edilmiştir. Vaka görülme yaşı ve lokalizasyonu açısından literatür bilgileri ile uyumludur.

Odontojenik mikzom agresif ve invaziv bir tümördür.^{6,11,12} Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu sınıflamada odontojenik epitel içeren veya içermeyen odontojenik mezenkimal tümör grubuna dahil edilmiştir.¹⁷ Klinik olarak yavaş ve asemptomatik gelişim gösterdiği, zaman zaman ilgili kemikte ekspansiyon ve perforasyona neden olabildiği bilinmektedir.^{1,3} Kök rezorbsiyonu, dişlerde mobilite, kortikal destrüksiyon ve fasiyal distorsiyona neden olabildiği bilinmektedir.³ Sunmuş olduğumuz vakada tümörün literatürdeki bilgiler ile uyumlu olarak sağ mandibular II.premolar dişte kök rezorbsiyonu oluşturduğu ve ekspansiyon nedeni ile diş köklerinde deplasmana neden olduğu izlenmiştir. Yapılan intraoral muayenede lezyondaki ekspansiyon ve kök rezorbsiyonuna bağlı olarak sağ mandibular I.ve II.premolar dişlerde mobilite tespit edilmiştir.

Araştırmalar jelatinöz yapısı ve kapsül içermemesi nedeniyle tümörün rekürrens oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.¹⁸ Literatür bilgileri ışığında değerlendirilen bu vakada da 2. kez rekürrens saptanmıştır. Saptanan rekürrens tümörün agresif ve invaziv davranışını ve yüksek rekürrens oranına sahip olduğunu doğrular niteliktedir.

Radyografik olarak düzgün veya düzensiz sınırlı, uniloküler veya multiloküler radyolüsent alanlar şeklinde görülür ve içerisindeki trabeküller nedeniyle 'bal peteği-sabun köpüğü' veya 'tenis raketi' tipik görünümüdür.^{1,3,16,19} Literatürde 'güneş ışığı' görüntüsü şeklinde radyografik görüntü tespit edilen vakalarda rapor edilmiştir.³ Sunmuş olduğumuz vakada mikzomun literatürde belirtilen radyografik bulgusu ile uyumlu olarak, OPG'de ve BT'de mandibular premolarlar bölgede düzgün sınırlı, radyolüsent, yer yer radyopak trabeküller izlenen bir radyografik görüntü tespit edilmiştir. Uniloküler olduğunda radyografik olarak periapikal, lateral periodontal ve travmatik kemik kistine benzer görüntü verebilmektedir. Multiloküler olduğunda ise ameloblastom, santral hemanjiom, odontojenik keratokist ve santral dev hücreli granülom ile karışabilmektedir.¹ Literatürde lezyonun makroskopik olarak beyaz, müsinöz ve translüsent bir görünümde olduğu belirtilmiştir.²⁰

Ayrıcı tanıda ameloblastom, santral dev hücreli granülom, ameloblastik fibroodontom ve odontojenik fibrom göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca tanı için kondromiksoid fibrom ve kondrosarkom, dezmoplastik fibrom, nörofibromun da değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.¹⁶

Odonotojenik mikzomlar radyosensitif değildir,¹² Cerrahi olarak tedavi edilirler.^{12,18} Hastalarda tedavi seçeneği lezyonun yeri ve genişliğine göre belirlenmelidir.¹⁸ Geniş lezyonların eksizyonu ardından 5 mm'den daha küçük çapta defekt oluştuğunda, immediate kortikokansellöz iliak greft uygulaması, bukkal yağ dokusu grefti veya rotasyonel flep ile rekonstrüksiyon önerilmiştir. 5mm'den büyük defektlerde ise serbest flepler veya protetik rekonstrüksiyon ve obturatör kullanımı önerilmiştir.¹⁰ Sunmuş olduğumuz vakada hastadaki enükleasyon ve rezeksiyon sonrası oluşan defekte herhangi bir otojen greft, alloplastik material uygulanması veya rekonstrüksiyona ihtiyaç duyulmamıştır. Hastanın yaşının genç olması ve tümör kavitesinin çok geniş çapta olmaması sebebiyle tümör kavitesi doğal kemikleşme sürecine bırakılmıştır. 6., 12. ve 24. ay kontrol radyografilerinde kavitede yeni kemik oluşumu tespit edilmiştir.

Bazı yazarlar enükleasyon ve küretajın odontojenik mikzom için yeterli tedavi olabileceğini savunmuşlardır.¹⁸ Likid nitrojen kriyoterapi ile uygulanan konservatif eksizyon ve küretaj ise diğer bir tedavi seçeneğidir. Likid nitrojen kemik devitalizasyonu sağla-

arak tümöral hücre kalıntılarını elimine eder ve yeni kemik formasyonu sağlar.²¹ Konservatif tedavi, intraoral cerrahi girişime uygun olması, donör saha olmaması, çocuklarda fasiyal gelişime engel olmaması, hospitalizasyon süresinin kısa olması, operasyon ücretinin düşük olması açısından radikal cerrahiye göre avantajlıdır.²² Ancak agresifliği ve rekürrens oranı göz önüne alındığında 10-15 mm'lik sağlıklı doku içeren rezeksiyon başka bir tedavi seçeneğidir.¹⁸ Genellikle odontojenik mikzom büyük boyutlarda olduğunda, rekürrens hikayesi olduğunda, invaziv karakterde bir tümör olması da göz önünde tutularak blok rezeksiyon tavsiye edilir.²¹ Fakat blok rezeksiyon sonrası rehabilitasyon zorluğu birçok yazar tarafından problem olarak nitelendirilmektedir.²¹

Sunmuş olduğumuz vakada, ilk operasyonda lezyonun mandibular sağ I. ve II. premolar ve 1.molar dişler ile ilişkili olması ve mandibular kanala yakınlığı sebebiyle, vital oluşumlara zarar vermeden konservatif amaçlı enükleasyonu ve küretajı yapılmıştır. 2 yıl sonraki kontrol röntgeninde ilgili bölgede küçük boyutta rekürrens saptandığı için 2. operasyonda sağlam sınırlar içeren lokal bir rezeksiyon planlanmıştır. Ancak 2.rekürrens gözlenmesi nedeniyle marjinal/segmental rezeksiyon içeren radikal cerrahiye karar verilmiştir.

Bir yayında odontojenik mikzomun yüksek nüks oranına sahip olması nedeniyle en az 24 ay takip edilmesi gerektiğini vurgulanmıştır.²³ Vakamızın 48 aylık takibi yapılmıştır ve 2.kez rekürrens tespit edilmiştir. Hastanın takip periyodu devam etmektedir.

SONUÇ

Bildirilen bu vakada olduğu gibi odontojenik mikzomlar lokal agresif özellikleri nedeniyle yüksek rekürrens potansiyeline sahiptirler. Ancak genç yaştaki hastalarda radikal cerrahi uygulamalarında rekonstrüksiyonun problem oluşturduğu bilinmektedir. Bu vakada literatürde belirtildiği gibi sağlam sınırlar içeren kısmi rezeksiyon yapılmış olmasına rağmen 2 kez rekürrens tespit edilmesi odontojenik mikzomun agresif ve invaziv yapıda olduğunu desteklemektedir. Bu yüzden özellikle konservatif tedavi veya kısmi rezeksiyon uygulanan vakalarda uzun dönem takibin gerekli olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ghalayani P, Jahanshahi GR, Mohagheghyan HR. Odontogenic myxoma of maxilla in an atypical



- location: a case report. J Dent (Shiraz) 2013; 14: 41-5.
2. Halfpenny W, Verey A, Bardsley V. Myxoma of the mandibular condyle. A case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 348-53.
 3. Gupta S, Grover N, Kadam A, Gupta S, Sah K, Sunitha JD. Odontogenic myxoma. Natl J Maxillofac Surg 2013; 4: 81-3.
 4. Abiose BO, Ajagbe HA, Thomas O, Fibromyxomas of the jawbones: a study of ten cases. Br J Oral Maxillofac Surg 1987; 25: 415-21.
 5. Noffke CEE, Raubenheimer E, Chabikuli NJ, Bouckaert MMR. 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.
 6. Mayrink G, Luna AHB, Olate S, Asprino L, De Moraes M. Surgical treatment of odontogenic myxoma and facial deformity in the same procedure. Contemp Clin Dent 2013; 4: 390-2.
 7. Zhang J, Wang H, He X, Niu Y, Li X. Radiographic examination of 41 cases of odontogenic myxomas on the basis of conventional radiographs. Dentomaxillofac Radiol 2007; 36: 160-7.
 8. Rotenberg BW, Daniel SJ, Nish IA, Ngan BY, Forte V. Myxomatous lesions of the maxilla in children: a case series and review of management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004; 68: 1251-6.
 9. Cidel LEE, Rodriguez RR, Taylor AM. Odontogenic myxoma. Clinical case presentation. Revista Odontológica Mexicana 2011. 15: 243-9.
 10. Leiser Y, Abu-El-Naaj I, Peled M. Odontogenic myxoma--a case series and review of the surgical management. J Craniomaxillofac Surg 2009. 37: 206-9.
 11. Lahey E, Woo SB, Park HK. Odontogenic myxoma with diffuse calcifications: a case report and review of the literature. Head Neck Pathol 2013; 7: 97-102.
 12. Shah A, Lone P, Latoo S, Ahmed I, Malik A, Hassan S, Naik A, Rashid RU. Odontogenic myxoma of the maxilla: A report of a rare case and review on histogenetic and diagnostic concepts. Natl J Maxillofac Surg 2011; 2:189-95.
 13. Schmidt-Westhausen A, Becker J, Schuppan D, Burkhardt A, Reichart A. Odontogenic myxoma--characterisation of the extracellular matrix (ECM) of the tumour stroma. Eur J Cancer B Oral Oncol 1994; 30B: 377-80.
 14. Slootweg PJ, van den Bos T, Straks W. Glycosaminoglycans in myxoma of the jaw: a biochemical study. J Oral Pathol 1985. 14: 299-306.
 15. Stout AP. Myxoma, the tumor of primitive mesenchyme. Ann Surg, 1948. 127: 706-19.
 16. Lin YL, Basile JR. A case of odontogenic myxoma with unusual histological features mimicking a fibro-osseous process. Head Neck Pathol 2010. 4: 253-6.
 17. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic Tumors. Jaw Cysts and allied lesions. World Health Organization: Geneva, 1971.
 18. Zainine R, Mizouni H, Beltaief N, Sahtout S, Besbes G. Maxillary bone myxoma. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2014; 131: 257-9.
 19. Manne RK, Kumar VS, Sarath PV, Anumula L, Mundlapudi S, Tanikonda R. Odontogenic myxoma of the mandible. Case Rep Dent 2012; 2012: 214704.
 20. Rius JMN A, Lahor E, Mtui B, Brunet L. Unusual presentation of localized gingival enlargement associated with a slow-growing odontogenic myxoma. Int J of Oral Science 2013; 5: 172-5.
 21. Pogrel MA. The use of liquid nitrogen cryotherapy in the management of locally aggressive bone lesions. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 269-73.
 22. Watcher BS, Darrow DH, McGinn JD, Park AH. Odontogenic myxoma of the maxilla: a report of two pediatric cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2003; 67: 389-93.
 23. Boğa HK, Mandibuler Odontojenik Mikzoma: Olgu Raporu. Atatürk Ünivi Diş Hek Fak Derg 1995; 5: 88-91.

Yazışma Adresi

Dt. Zeynep GÜMRÜKÇÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Çene Cerrahisi AD. Kat:3 Kanuni
kampüsü/Trabzon
Tel: 04623774729
E-mail: zeynep_dt@hotmail.com

