

## ADENOKİSTİK KARSİNOM VAKASINDA PROTETİK REHABİLİTASYON: OLGU SUNUMU

### PROSTHETIC REHABILITATION IN ADENOCYSTIC CARCINOMA: A CASE REPORT

Ahmet Mustafa Zeren<sup>1</sup>, Büşra Nida Üzümcü<sup>1</sup>, Arda Kement<sup>1</sup>, Harun Cansız<sup>2</sup>,  
Hakkı Tanyeri<sup>3</sup>, Serhat Yalçın<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, İstanbul Kent Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> Profesör, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, TURKEY

<sup>3</sup> Profesör, İstanbul Kent Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, İstanbul, Türkiye

Yayın Gönderilme Tarihi: 14.01.2025, Kabul Tarihi: 12.02.2025, Basım Tarihi: 27.03.2025

#### ÖZET

Adenokistik karsinom yüksek nüks oranına sahip malign epitelyal bir tümördür. 10 ile 20 yıllık sağ kalım oranı ortalama %55 iken ; 5 yıllık sağ kalım oranı ortalama %74'tür. Bu vaka raporunda maksilla premolar ve molar seviyesinde bukkal mukozada perinöral invazyonu bulunan krem kahverengi rengindeki lezyonun cerrahi operasyonu ve sonrasındaki protetik rehabilitasyonu rapor edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Adenoid kistik karsinoma, Neoplazma, İnvazyon

#### ABSTRACT

Adenoid cystic carcinoma is a malignant epithelial tumor with a high recurrence rate. While the 10 to 20-year survival rate averages around 55%, the 5-year survival rate is approximately 74%. This case report describes the surgical operation and subsequent prosthetic rehabilitation of a cream-brown lesion with perineural invasion in the buccal mucosa at the maxillary premolar and molar levels.

**Keywords:** Adenoid cystic carcinoma, Neoplasm, Invasion

#### INTRODUCTION

Adenokistik karsinom (AKK), baş ve boyun bölgesinde görülen tüm malign tümör yapılarının yaklaşık olarak yüzde 1'ini, minör tükürük bezi tümörlerinin yüzde 30'unu ve tükürük bezi tümörlerinin de yüzde 10'unu oluşturmaktadır (Srivastava, Barpande et al. 2018). Tükürük bezinden kaynağını alan kötü huylu epitelyal neoplazma olarak kabul edilmektedir (Karakurt and Derya 2020). AKK oldukça yavaş gelişmektedir. Önemli özellikleri arasında perinöral invazyon ve hematogen yayılım riski bulunur. Buna ek olarak çevre yapılara fiksasyon, ağrı ve fasiyal paraliz en sık bu tümör türünde görülür. Yavaş gelişim gösterir fakat invaze olma yeteneği de oldukça fazladır (Srivastava, Barpande et al. 2018). Histolojik olarak 3 alt tipi bulunur; bunlar tübüler, solid ve kribriformdur. En agresif yapılı olanı ise solid tipidir. Aynı tümöral oluşumda tespit edilebilecekleri gibi farklı tümörlerde de tespit edilebilir (Ishida, Ogawa et al. 2020). AKK tedavisinde nüks oranını azaltmak için geniş rezeksiyonlar tercih edilmeli ve tedaviyi takiben postoperatif radyoterapi uygulaması yapılmalıdır. Uzak metastaz yapabilmeleri ve geç dönemde lokorejyonel lenf nodlarına yayılım

gösterebilmeleri sebebi ile post-op takip süresinin uzun tutulması oldukça önemlidir (Deshpande, Chintamaneni et al. 2013, Srivastava, Barpande et al. 2018). Uzak metastazlar çoğunlukla akciğer, karaciğer, kemik ve beyin organlarında rapor edilmiştir. Metastaz yaptığı dokuları tespit etmek için ise bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi yöntemler kullanılabilir. AKK'nin sınırları belirgin değildir ve infiltratif sınırları mevcuttur (Deshpande, Chintamaneni et al. 2013).

AKK, kadınlarda daha sık ve çoğunlukla 6.- 7. dekatlar arasında görülmektedir. Tedavisinde cerrahi tedavi veya cerrahi tedaviyle birlikte radyoterapi uygulaması yapılmaktadır. Post-operatif olarak radyoterapi gerekliliği konusunda hekimler arasında kesin bir fikir birliği bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda bir grup hekim hastaların tümüne radyoterapi uygulanması gerektiğini savunurken bir başka onkolog hekim grubu ise perinöral invazyon, ileri evre, cerrahi sınır pozitifliği gibi kötü prognoz faktörlerine sahip hasta gruplarına radyoterapi uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Yıldırım, Öztürk and Gültekin 2021). Bu vaka raporunda maksilla sağ bukkal mukozada konumlanan ve kemikte destrüksiyona sebep olmamış ve alınan biyopsinin histopatolojik olarak incelenmesi sonucu AKK tanısı konulmuş olgunun sunulması hedeflenmiştir.

## OLGU

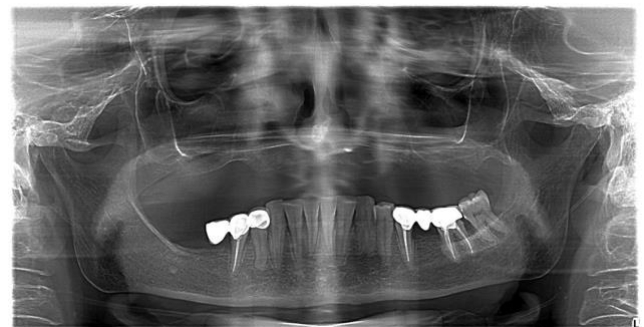
1 yıl önce başlayan ve giderek büyüyen son zamanlarda ağırlı kitleye sahip 54 yaşında kadın hasta İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı kliniklerine başvurdu. Hastanın hipotiroidi olduğu Levatron 100 mg kullandığı ve başka bir sistemik bir rahatsızlığı bulunmadığı anamnez olarak kayıt altına alınmıştır. Yapılan klinik muayenede sağ maksilla posterior alveol kretinde hafif ülser, bukkal mukozaya uzanan ve bu bölgede yüzeyden kabarık, sınırları belirgin, palpasyonda sertlik hissedilen yumuşak doku kitlesi tespit edildi. Ülser doku parçasının ölçüleri 4 x 3 x 1,5 cm'dir (Resim 1).

Biyopsi alınıp İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Patoloji Bilim Dalı'na gönderildi. 1,7 x 1,5 x 1 cm ölçülerinde krem kahverengi renkli doku parçasını histopatolojik değerlendirme sonuçlarına göre grade III tümör derecesine sahip AKK tanısı konulmuştur. Tümörün başka

dokulara metastaz yapma riskinden dolayı hastaya panoramik radyografiye ek olarak PET CT (Pozitron Emisyon Tomografi / Bilgisayarlı Tomografi) radyografisi çekildi. PET CT raporunda tümörün komşu yapılara herhangi bir metastazı bulunmadığı tespit edilmiştir (Resim 2). Hastada çıkarılan dokunun oluşturduğu defekt bukkal flebin kret tepesine mobilize edilmesi ile primer kapatıldı. Genel anestezi altında Çıkarılan 3.8 mm çapında kitlenin yapılan histopatolojik tetkiki AKK olarak belirlendi (Resim 3). Tümör periferik dokularından operasyon sırasında alınan numunelerde herhangi bir patolojiye rastlanmadı (Resim 4). Buna ek olarak hastaya 6 MV foton enerjisi ile field-in field tekniği kullanılarak total doz 66 Gy olacak şekilde; 33 fraksiyonda 2 Gy/gün postoperatif radyoterapi uygulaması yapılmıştır.



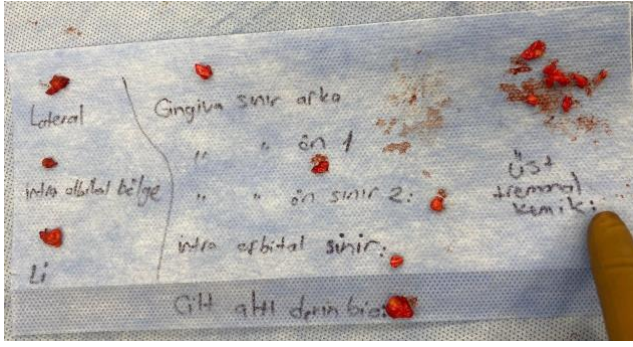
**Resim 1:** İntrooral muayene sırasında saptanan mukozada ülser alan.



**Resim 2:** Hastaya ait panoramik röntgen filmi



**Resim 3:** Cerrahi olarak eksize edilen parça



**Resim 4:** Operasyon sahasından alınan periferel doku parçaları



**Resim 5:** Vestibül sulkus derinleştirme operasyonu yapılmadan önceki görüntü

Cerrahi operasyondan 1 ay sonra hasta, İstanbul Kent Üniversitesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğinde preprotetik cerrahi ve protez planlamaları için değerlendirildi. Doku parçasının eksize edildiği bölgede iyileşme ile yumuşak dokularda atrofi meydana geldiği, maksimum spontan ağız açıklığının 15 mm olduğu ve sulkus derinliğinde azalma olduğu gözlemlendi (Resim 5). Hastaya vestibül sulkus derinliğini arttırmak ve tüber üzerindeki kas ataşmanın sebep olduğu ağız açma kısıtlılığın gidermek için preprotetik cerrahi olan vestibüloplasti operasyonu lokal anestezi altında 3.5-watt gücünde 980/810nm dalga boyunda 600 mikron uçlu diyot lazer (GIGAAMEDICAL, Çin) ile yapıldı (Resim 6). Sonrasında iyileşme takip edildi (Resim 7). Hastanın ağız açıklığının 35 mm'ye arttığı tespit edildi (Resim 8). Üst çene total protez yapıldı (Resim 9). Sulkus derinliği azalmış olan eksizyon alanı travmatize etmemesi adına hareketli protezin keskin kenarları yuvarlatıldı ve yumuşak dokuya baskı azaltıldı. AKK'da nüks oranı yüksek olduğu düşünüldüğü için hastaya uzun süreli takip önerildi. Hastanın 2,5 yıldır yapılan kontrollerinde ağız içi muayene ve tetkiklerde herhangi bir nüks bulgusu görülmedi.



**Resim 6:** Vestibül sulkus derinleştirme operasyonundan hemen sonraki post-op görüntüsü



**Resim 7:** Vestibül sulkus derinleştirme operasyonundan 2 hafta sonraki post-op görüntü



**Resim 8:** Spontan ağız açıklığında oluşan değişim



**Resim 9:** Üst çene hareketli protez bitim fotoğrafı

## TARTIŞMA

Minör tükürük bezi tümörlerinin takriben %30 unu AKK oluşturduğu bilinmektedir. Sıklıkla damak bölgesinde görüldüğü düşünülse de bu vaka raporunda hastanın maksilla bukkal mukozasında AKK'ye rastlanmıştır (Karakurt and Derya 2020).

AKK, baş-boyun bölgesi tümörlerinin %10-15'ini oluşturan, nadir görülen bir tümör türüdür. Özellikle lakrimal bezin en yaygın tümörü olduğu kabul edilir ve tükürük bezlerinin mukoepidermoid karsinomdan sonra en sık rastlanan ikinci tümördür (Yaga, Gollamudi et al. 2016). Hastalara tedavi amaçlı radikal eksizyon uygulansa bile rekürrens riski yüksektir, bu da tedavi sürecini oldukça zorlu kılmaktadır. Buna bağlı olarak tedavisi zor bir neoplazm olduğu saptanmıştır (Orhan, Yuksel and Gorur 2006). Tümörün yavaş büyümesi sebebiyle lezyonun genellikle birkaç yıldır oral mukozada bulunmasının spesifik özelliği olduğu düşünülmektedir. Vestibul sulkusta ağrısız şişlik, eritemli doku gibi bulgular AKK ön tanısı için saptayıcı bir rol oynar (Kato, Kanematsu et al. 2013).

Histolojik olarak AKK'nin 3 alt tipi bulunmaktadır (Gondivkar, Gadbaile et al. 2011). Bu vakada alınan biyopsi sonucunda solid tipli AKK'ye rastlanılmış olup; sinir invazyonu tespit edilmiş, lenfovasküler invazyon görülmemiş, büyüme şekli infiltratif olup ve nekroz varlığı saptanmıştır.

## SONUÇ

AKK, baş ve boyun bölgesinde görülme rekürrensi az olan, infiltratif ve agresif olarak büyüme potansiyeli bulunan, kötü huylu karaktere sahip bir tükürük bezi tümörü olduğu

kabul edilmekle birlikte minör tükürük bezlerinin en sık görülen türüdür (Srivastava, Barpande et al. 2018). Etkilenen bölgede yeterli cerrahi eksizyon ve protetik olarak rehabilite edilmesiyle birlikte vakanın uzun süreli takip altında tutulması, hastanın prognozunu belirler. Hastanın oral sağlığının fonksiyonel ve estetik açıdan korunması yaşam kalitesini arttırmaktadır.

## KAYNAKLAR

Deshpande, P. S., et al. (2013). "Intraosseous adenoid cystic carcinoma of maxilla: A rare case report." *Contemporary Clinical Dentistry* 4(2): 239-242.

Gondivkar, S. M., et al. (2011). "Adenoid cystic carcinoma: a rare clinical entity and literature review." *Oral oncology* 47(4): 231-236.

Ishida, E., et al. (2020). "Management of adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a single-institute study with over 25-year follow-up." *Head & face medicine* 16: 1-9.

Karakurt, R. and İ. Derya (2020). "Adenoid Kistik Karsinom: Vaka Raporu." *Osmangazi Tıp Dergisi* 42(5): 163-167.

Kato, H., et al. (2013). "Adenoid cystic carcinoma of the maxillary sinus: CT and MR imaging findings." *Japanese journal of radiology* 31: 744-749.

Orhan, K., et al. (2006). "Solid adenoid cystic carcinoma of maxilla: A Case report." *Clinical Dentistry and Research* 30: 42-47.

Srivastava, A. C., et al. (2018). "Adenoid cystic carcinoma of palate: Report of a solid variant." *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 22(Suppl 1): S65-S68.

Yaga, U. S., et al. (2016). "Adenoid cystic carcinoma of the palate: case report and review of literature." *Pan African Medical Journal* 24(1).

Yıldırım, Ö., et al. (2021). "Damakta Tespit Edilen Adenoid Kistik Karsinom: Olgu Sunumu." *Gazi Medical Journal* 32(1).