

# TOTAL PROTEZ UYUMSUZLUĞU İLE BULGU VEREN MAKSİLLER SİNÜS İNFRASTRÜKTÜREL ADENOİD KİSTİK KARSİNOM OLGUSU

## A CASE OF MAXILLARY SINUS INFRASTRUCTURAL ADENOID CYSTIC CARCINOMA PRESENTING WITH ILL-FITTING COMPLETE DENTURE

*Duygu OFLUOĞLU<sup>1</sup>, Dr. Burak ERTAŞ<sup>2</sup>, Osman ASLAN<sup>2</sup>  
Nermin BAŞERER<sup>2</sup>, Ahmet KARADENİZ<sup>3</sup>, Yasemin ÖZLÜK<sup>4</sup>, Hakkı TANYERİ<sup>1</sup>*

### ÖZET

Adenoid kistik karsinom, nadir görülen malign bir tükürük bezi tümörüdür. Ağız içerisinde tükürük bezlerinin bulunduğu her bölgede oluşabilir ancak vakaların %50'den fazlası minor tükürük bezlerinde gelişir ve en çok sert damakta görülür. Genellikle orta yaşın üstündeki bireylerde, yaşamın 5-7. dekadlarında ortaya çıkar ve her iki cinsi de etkiler. Vaka raporumuzda, sol üst çenesinde ortaya çıkan ve üst total protezini kullanmasını engelleyen ağrılı, ülseratif lezyon nedeniyle İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı kliniğine başvuran 73 yaşındaki kadın hastada tespit edilen maksiller sinüs infrastrüktürel adenoid kistik karsinom olgusunun klinik bulguları, radyolojik tetkikleri, cerrahi operasyonu ve bunu takiben uygulanan radyoterapi tedavisi sunulmuş ve diş hekimlerinin ağız içinde oluşan ve uzun süre iyileşmeyen lezyonlar konusunda daha dikkatli olmaları gerektiği vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelime:** Tükürük bezi, Adenoid kistik karsinom, Maksiller sinüs, Total protez.

### ABSTRACT

Adenoid cystic carcinomas (ACCs) are rare malignant salivary gland tumors. They can arise in a variety of sites in oral cavity including salivary glands but more than 50% of cases originate from minor salivary glands and especially seen in hard palate. ACC generally occur in middle-aged individuals, especially fifth through seven decades of life, and both gender are affected. Clinical symptoms, radiological examinations, surgical operation and radiotherapy treatment of the maxillary sinus infrastructural adenoid cystic carcinoma in 73 years old female patient who applied to University of Istanbul, Faculty of Dentistry, Department of Oral Medicine and Surgery because of painful, ulcerative lesion in the left side of maxilla that was discouraging the usage of her total prosthesis, was presented and the importance of dentists' awareness of the long-lasting lesions in oral cavity was emphasized in this report.

**Key Words:** Salivary gland, Adenoid cystic carcinoma, Maxillary sinus, Complete denture.

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

<sup>4</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

## GİRİŞ

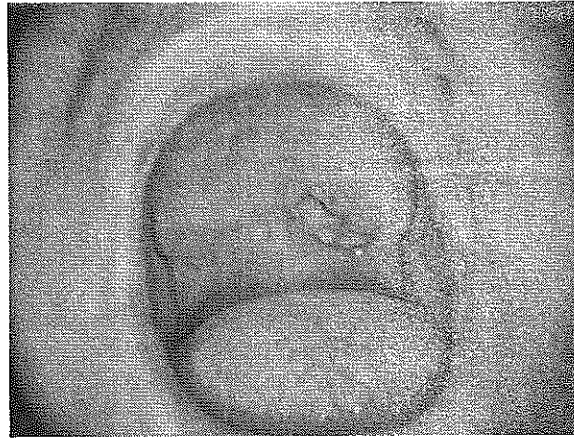
Tükürük bezi tümörleri nadir görülürler ve tüm baş-boyun bölgesi neoplazmalarının yaklaşık %2-6.5'ini oluştururlar. Bu neoplazmaların %25'i minor tükürük bezlerinden kaynağını almaktadır (1). Her iki cinste görülmekle birlikte, yapılan bazı araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha çok etkilendiği tespit edilmiştir (2, 3). Tükürük bezlerinden kaynaklanan benign ve malign tümörlerin yaklaşık % 40-80'i damakta meydana gelmektedir. Bu tümörler arasında en sık görüleni pleomorfik adenomdur ve benign tükürük bezi tümörlerinin %70-100'ünü, tüm tükürük bezi tümörlerinin %33-70'ini oluşturmaktadır (1-4). En sık görülen malign tükürük bezi tümörü ise adenoid kistik karsinomdur ve tüm tükürük bezi tümörlerinin %8- 48'ini, malign tükürük bezi tümörlerinin ise %11-51'ini oluşturmaktadır (1-6). Adenoid kistik karsinom glandüler yapıların bulunduğu her bölgede meydana gelebilir ancak vakaların %50'si minör tükürük bezlerinden kaynaklanır ve en çok sert damakta görülür. Genellikle yavaş büyüyen bir şişlik şeklinde ortaya çıkar ve hastalığın erken dönemlerinde, şişlik oluşmadan ortaya çıkan ağrı sık rastlanan önemli bir bulgudur. Histolojik olarak duktal ve myoepitelyal hücrelerin karışımından oluşur ve *kribriform*, *tübüler*, *solid* olmak üzere 3 formu mevcuttur. Adenoid kistik karsinomun tedavisi cerrahi eksizyondur. Bazı vakalarda cerrahi eksizyona ek olarak uygulanan radyasyon tedavisi hastaların yaşam sürelerini uzatabilmektedir. Tümör lokal rekürrenslere ve uzak metastazlara yatkındır bu nedenle 5 yıllık sağ kalım oranı en fazla %70'tir ve bu oran zamanla düşer (7). Bu olgu raporunda 73 yaşındaki kadın hastanın sol üst çenesinde meydana gelen maksiller sinüs infrastrüktürel adenoid kistik karsinom olgusunun klinik bulguları, radyolojik tetkikleri, cerrahi operasyonu ve radyoterapi tedavisi sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

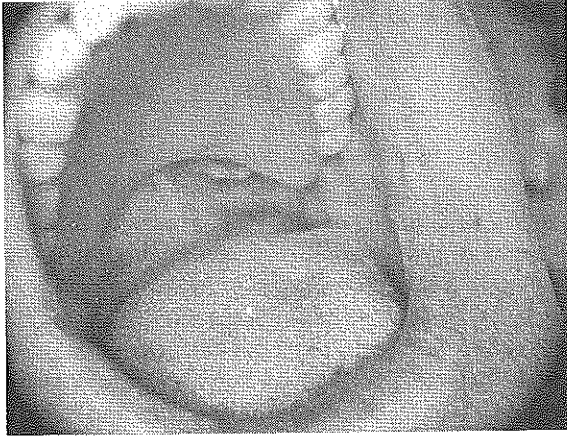
73 yaşındaki kadın hasta, yaklaşık üç ay önce sol üst çenesinde ortaya çıkan ve üst total protezini kullanmasını engelleyen ağrılı, ülseratif lezyon nedeniyle İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı kliniğine başvurdu. Anamnezinde sistemik bir rahatsızlığı bulunmayan hastanın, halen kullanmakta olduğu total protezini yaklaşık iki yıl önce yaptırdığı, zaman zaman üst çene palatinal mukozada protez vuruğuna bağlı bazı lezyonların

oluştugu ve bunların bir süre sonra kendiliğinden geçtiği ancak yaklaşık 3 ay önce küçük bir ülserasyon şeklinde başlayan lezyonun protezini kullanmamasına rağmen giderek büyüdüğü, ağrı ve hassasiyete neden olduğu öğrenildi.

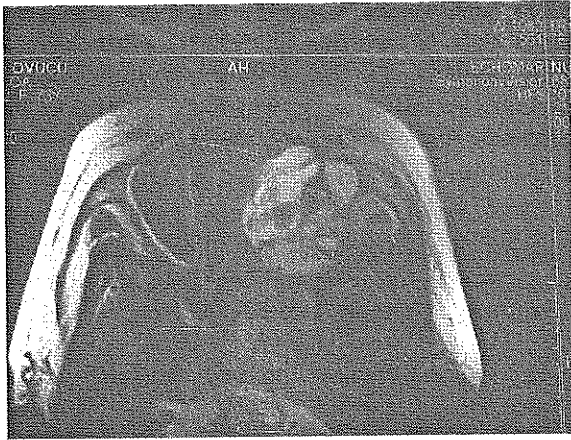
Yapılan intraoral muayenede üst çene sol bölgede, sert-yumuşak damak birleşim hattında yaklaşık 1 cm çapında, yuvarlak, belirgin sınırlı, çevresi eritemli ve ödemli, üzeri psödomembran ile kaplı derin ülseratif bir lezyon tespit edildi (Resim 1-2). Daha detaylı bir inceleme yapabilmek ve lezyonun kesin sınırlarını belirleyebilmek amacıyla alınan maksillaya yönelik IV kontrastlı aksiyal ve koronal bilgisayarlı tomografi incelemesinde (Prt No: S18620), sol maksiller sinüsü tamamen doldurup genişleten, duvarlarını incelten, sol nazal kavite, solda etmoid selüller ve palatum durumu incelterek oral kaviteye uzanan 5,6x4,8x4,5 cm boyutlarında yer yer kalsifikasyonlar içeren ve amorf kontrast tutulum gösteren kitlenin, granülatöz bir patolojiyi düşündürmesi üzerine hastadan boyun MR'ı istendi. MR sonuçlarında (Prt No: S68303) solda maksiller sinüsü dolduran, iç duvara ve orta nazal kaviteye doğru baskı uygulayan heterojen sinyal intensitesinde kitlesel bir lezyonun tespit edilmesi üzerine, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz A.B.D ile yapılan konsültasyon sonucunda hastanın genel anestezi altında operasyona alınmasına ve kitlenin subtotal maksillektomi yapılarak çıkarılmasına karar verildi (Resim 3).



Resim 1: 73 yaşındaki kadın hastada, sert-yumuşak damak birleşim hattındaki lezyon.



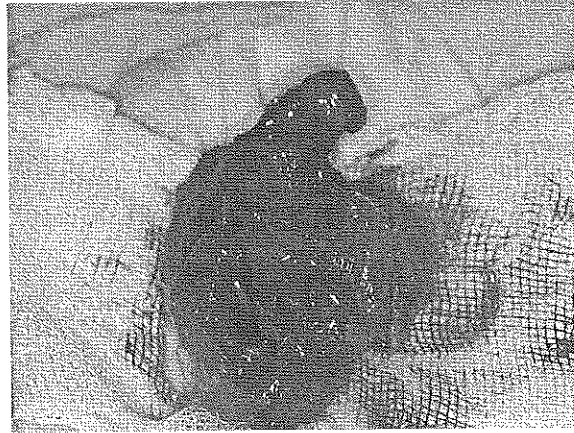
**Resim 2:** Hastanın total protezi ile görüntüsü.



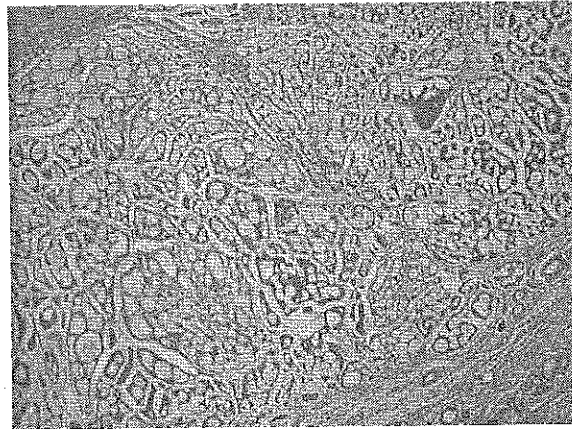
**Resim 3:** Sol maksiller sinüsü tamamen dolduran adenoid kistik karsinomun magnetik rezonans görüntüsü..

Gerekli laboratuvar tetkikleri yapıldıktan sonra hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Weber-Ferguson insizyonu yapılarak, maksiller sinüs ve nazal kavite ortaya konuldu. Maksiller sinüsün ön lateral ve medial duvarını ve sol sert damağı içine alacak şekilde subtotal maksillektomi yapıldı (Resim 4). Orbita alt duvarı, arka etmoid ve sfenoid sinüsler ve maksiller posterior duvar sağlam olduğundan bu dokular korundu. Maksilla ön duvarının kırılmasına bağlı oluşan, tümöral infiltrasyon bakımından şüpheli yumuşak doku çıkarıldı ve sınır kontrolleri alındı. Oluşan sert damak defektini kapatacak olan mukoza, önceden hazırlanan akrilik plak yerleştirilerek desteklendi. Nazal ve maksiller sinüs kavitesine tampon konuldu, cilt ve cilt altı dokular primer olarak kapatıldı. Hastanın tamponları postoperatif 3. günde, dikişleri ise 7. günde alınarak hasta taburcu edildi.

Histopatolojik inceleme sonucunda, hiperkromatik çekirdekli, dar sitoplazmalı tümöral hücrelerin oluşturduğu kribriform yapılar ve homojen eozinofilik madde ile dolu mikrokistik boşluklar ihtiva eden kitlenin, kribriform tip adenoid kistik karsinom olduğu rapor edildi (Protokol No: 30694-205) (Resim 5).



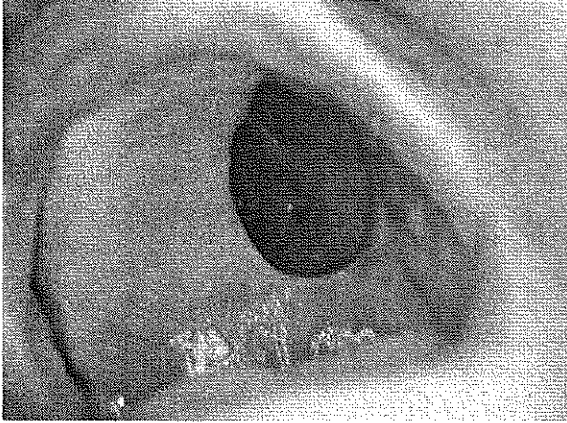
**Resim 4:** Cerrahi operasyon ile çıkartılan kitle.



**Resim 5:** Kitlenin histopatolojik görüntüsü

Hastanın histopatolojik incelemesinde ön etmoid mukoza sınır kontrolünde mikroskopik tümör infiltrasyonunun tespit edilmesi üzerine, radyoterapi (RT) uygulanması amacıyla İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı'na sevk edildi ve 1,5 ay süre ile toplam 60 Gy RT uygulandı (Protokol No: 05-6011, Evre: pT3-4NxMx, Tedavi cihazı: Cirus (Co60), Fraksiyon tipi: Konvansiyonel). Radyoterapi sonrası 2. ay kontrolünde alınan kontrastlı maksillofasial-boyun MR raporunda, postoperatif bazal tetkiklerin normal olarak değerlendirilebileceği belirtildi (Prt No: S94758). Hasta radyoterapi sonrası 6. ayında olup,

kliniğimizde düzenli aralıklarla takip edilmektedir (Resim 6). Yapılan kontrollerde herhangi bir komplikasyon gözlenmemiş ve sürekli kullanacağı obturatör protezinin yapılması için İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çene Yüz Protezi Bilim Dalı'na sevk edilmiştir.



Resim 6: Radyoterapi sonrası 6. ay kontrol görüntüsü.

## TARTIŞMA

Adenoid kistik karsinom, seyrek görülen malign bir tükürük bezi karsinomudur (1). Ağız içerisinde tükürük bezlerinin bulunduğu her bölgede ve vücutta glandüler yapıların olduğu diğer alanlarda oluşabilir ancak vakaların %50'den fazlası minor tükürük bezlerinde gelişir ve en çok sert damakta görülür (1-4). Damak dışında parotis (%2-3) ve submandibular bezler de (%12-17) etkilenebilir. Genellikle orta yaşın üstündeki bireylerde, yaşamın 5-7. dekadlarında ortaya çıkar, her iki cinsi etkiler ve 20 yaşın altındaki bireylerde görülme olasılığı oldukça düşüktür (7).

Adenoid kistik karsinom genellikle yavaş büyüyen bir şişlik şeklinde başlar. Bu şişlik oluşmadan önce o bölgede ağrı şikayetinin olması, oldukça sık rastlanan, önemli bir bulgudur. Hastalar genellikle düşük şiddette başlayıp yoğunluğu giderek artan, devamlı, künt bir ağrıdan şikayet ederler. Damakta oluşanlar, düzgün yüzeyle, küçük eroziv alanlar şeklinde olabileceği gibi bizim vakamıza benzeyen, derin ülserasyonlarla karakterize de olabilir. Sık olmamakla birlikte parotis bezinde lokalize olan adenoid kistik karsinomlarda, fasyal sinirin etkilenmesi sonucu fasyal paralizi oluşabilir. Damakta veya maksiller sinüste oluşan karsinomlarda radyolojik olarak

kemik yıkımının görülmesi sık karşılaşılan bir bulgudur (7, 8).

Histolojik olarak incelendiğinde, adenoid kistik karsinomun çeşitli dizilimler gösteren myoepitelyal ve duktal hücrelerin karışımından oluştuğu görülmüştür. *Kribriform*, *Tübüler* ve *Solid* olmak üzere üç histomorfolojik formu mevcuttur. Genellikle bir kombinasyon şeklinde görülür ve baskın olan tipe göre sınıflandırılır. *Kribriform tipi*, en kolay tanınan ve tümörü tanımlayan prototipik formudur. Çok katlı bazal lamina materyalleri ile karakterize mukopolisakkarit ihtiva eden psödokistik boşluklardan oluşur. *Tübüler tipi*, merkezi olarak kanal benzeri yapılar içeren küçük hücre adacıklarından meydana gelir. *Solid tipi* ise küçük, koyu renkli çekirdeği bulunan küçük ve orta boy hücre adacıklarından oluşur. Diğer tiplerine göre daha fazla pleomorfizm gösterir ve prognozu çok daha kötüdür (7, 8). Olgumuzda tespit edilen histomorfolojik bulgular lezyonun, kribriform tip adenoid kistik karsinom ile uyumlu olduğunu göstermiştir.

Adenoid kistik karsinomun tedavisi cerrahi eksizyondur. Tümörün primer olarak oluştuğu alan çevre sağlam doku ile birlikte, geniş rezeksiyonla çıkarılmalıdır. Parotis bezini içine almış ise yüzeyel parotidektomi veya yüzeyel ve derin lobu içeren total parotidektomi önerilir. Adenoid kistik karsinomun perinöral yolla yayılımı en önemli karakteristiğidir. Bu özelliği göz önüne alındığında parotis bölgesindeki lezyonlarda fasyal sinir tutulumu arada sağlam doku bırakarak *skip* metastaz şeklinde görülebilir. Bu durumda fasyal sinire, fallop kanalını takip eden geniş bir rezeksiyon uygulanmalıdır. Damakta meydana gelen lezyonlar da alttaki kemik ile birlikte sağlıklı dokuya kadar geniş bir eksizyon yapılarak çıkarılmalıdır (1-8). Yapılan araştırmalarda cerrahi eksizyonun yanı sıra radyoterapi uygulamasının, özellikle cerrahi sınırlarda tümör invazyonunun olabileceğinden şüphe duyulan vakalarda, rekürrenslerin önlenmesi ve lokal tümör kontrolünde oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (9-11). Bizim vakamızda da ön etmoid mukoza sınır kontrolünde mikroskopik tümör infiltrasyonunun görülmesi üzerine cerrahi operasyon sonrasında 1.5 ay süre ile RT uygulanmıştır.

Adenoid kistik karsinom geç dönem rekürrenslere ve metastazlara yatkındır. İlk 5 yıllık hayatta kalma oranı en fazla %70'dir. Bu oran zamanla düşer ve 20 yıl sonunda hastaların ancak

%20'si hayatta kalır. Submandibular tükürük bezinde ve maksiller sinüsteki minör tükürük bezlerinde meydana gelen adenoid kistik karsinomların tedavi şansı daha düşüktür. Hastaların büyük bir kısmı lokal rekürrensler veya farklı bölgelerde meydana gelen metastazlar nedeniyle kısa sürede kaybedilir. Adenoid kistik karsinom en sık akciğere daha sonra kemiklere metastaz yapar. Maksiller sinüs üst bölümü (suprastrüktür) tümörleri ise kolaylıkla kafa tabanına infiltrate olabilir ve sınırlar boyunca intrakranial uzanım gösterebilir. (7, 8).

Olgu raporumuzda sunulan hastanın mevcut total protezinin, protetik tedavi kriterlerine uygun olarak yapılmamış olması protezde tam bir tutuculuk ve stabilitenin sağlanamamasına ve fonksiyonel hareketler sırasında protezin mekanik irritasyon oluşturmamasına neden olmuştur. Protetik tedavi sonrası 2 yıl boyunca hastanın protezi ile ilgili yakınmaları devam etmiş ancak sorunlara kalıcı bir çözüm getirilememiştir. Özellikle palatinal mukozanın değişik bölgelerinde oluşan ve zaman içerisinde iyileşen lezyonlar, bir süre sonra hem hasta hem de hekimi tarafından önemsenmemeye başlanmıştır. Protez kaynaklı travmaların skuamöz hücreli karsinom oluşumuna neden olabileceği bildirilmektedir (12-14) ancak adenoid kistik karsinom oluşumuna neden olabileceğine dair kesin bilimsel veriler bulunmamaktadır. Hastanın üst çenesinde ortaya çıkan ülseratif lezyonun, protez irritasyonu sonucu oluştuğunun ve zamanla iyileşeceğinin düşünülmesi, hem hasta hem de hekimi tarafından ihmal edilmesine ve tanıda geç kalınarak tümörün ileri evrede (T3-4) teşhis edilmesine neden olmuştur.

Tüm oral kanserlerde olduğu gibi adenoid kistik karsinomun tedavisinde de erken teşhis çok önemlidir. Bu nedenle diş hekimi ağız içinde oluşan anormal değişiklikler konusunda çok dikkatli olmalı, hastanın yakınması olsun ya da olmasın oral kavitede meydana gelen ve uygulanan tüm tedavilere rağmen iki hafta ya da daha uzun süre iyileşmeyen tüm lezyonlara kuşku ile yaklaşmalı ve bu hastaları diş hekimliği fakültelerinin ilgili bilim dallarına yönlendirmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Auclair PL, Ellis GL, Gnepp DR, Wenig BM, Janney CG. Salivary gland neoplasms: general considerations. In: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR, eds: Surgical Pathology of the Salivary Glands. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1991; 135-164.
2. Rivera-Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. J Oral Pathol Med. 1996; 25:1-4.
3. Van Der Wal JE, Snow GB, Van Der Waal I. Histological reclassification of 101 intraoral salivary gland tumours (new WHO classification). J Clin Pathol. 1992; 45: 834-5.
4. Chaudhry AP, Vickers RA, Gorlin RJ. Intraoral minor salivary gland tumors: an analysis of 1,414 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1961; 14: 1194-1226.
5. Isacson G, Shear M. Intraoral salivary gland tumors: a retrospective study of 201 cases. J oral Pathol 1983; 12: 57-62.
6. Rippin JW, Potts AJC. Intraoral salivary gland tumours in the West Midlands. Br Dent J 1992; 173: 17-19.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Oral and maxillofacial pathology 2nd edn. Philadelphia, PA, 2002, p 427-29.
8. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan R. Clinical pathologic correlation. 4th edn. St. Louis, Missouri, Saunders, 2003, p 209-12.
9. Migliaico L, Eschwege F, Marandas P, Wibault P. Cervico-facial adenoid cystic carcinoma: study of 102 cases. Influence of radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys.1987; 13: 673-8.
10. Reinfuss M, Korzeniowski S. The role of radiotherapy in the treatment of malignant tumors of the salivary glands. Tumori. 1980; 66: 467-74.
11. Umeda M, Nishimatsu N, Yokoo S, Shibuya Y, Fujioka M, Komori T. The role of radiotherapy for patients with adenoid cystic carcinoma of the salivary gland. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000; 89: 724-9.
12. Perez MA, Raimondi AR, Itoiz ME. An experimental model to demonstrate the carcinogenic action of oral chronic traumatic ulcer. J Oral Pathol Med. 2005; 34: 17-22.

36 Duygu OFLUOĞLU, Burak ERTAŞ, Osman ASLAN, Nermin BAŞERER, Ahmet KARADENİZ, Yasemin ÖZLÜK, Hakkı TANYERİ

13. Lockhart PB, Norris CM Jr, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. Oral Oncol. 1998; 34: 133-9.

14. Young TB, Ford CN, Brandenburg JH. An epidemiologic study of oral cancer in a statewide network. Am J Otolaryngol. 1986; 7: 200-8.

**YazıŐma Adresi**

**Dt. Duygu OFLUOĞLU**  
İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
AĞız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı Çapa  
Tel: 212- 414 20 20 Dahili: 30322- 30353  
Faks: 212-531 22 30  
E-mail: [duyguofluoglu@gmail.com](mailto:duyguofluoglu@gmail.com)