

Çene kemiğinin Santral Karsinomu

Gülçin (Özeren) ERSEVEN (*) ve Asaf ATASEVEN (**)

Çene kemiğinin santral karsinomuna «İntraalveolar epidermoid karsinom» ve «Primer santral karsinom» gibi adlar da verilir (10). Bunlar maksilla ya da mandibulada yüzey mukozasıyla bağlantısı olmadan, kemiğin içinde gelişen epidermoid karsinomlardır (11). Oluşukça seyrekler (1-11).

Genellikle orta ve ileri yaşlarda görülür. Literatürde bildirilen en genç hastalar 9 (1) ve 16 (10). en yaşlı hasta 77 (5) yaşında idi. Yazarların büyük çoğunluğu önemli bir seks ayrımı olmadığı görüşündedirler (1-9). Sırsat ve ark.ları (10) ve Waldron'a (11) göre erkeklerde daha sıktır. Bizimkiyle birlikte literatürde bulduğumuz vakaların toplamı 36'dır; bunlardan 28'inin erkek ve 8 tanesinin kadın olduğunu saptadık.

Maksillaya göre mandibulada daha sıktır (1-7, 9, 10). İncelediğimiz 36 vakadan 30'u mandibulada, 4 tanesi maksilladaydı ve 2 vakada da lokalizasyon bildirilmemişti.

En önemli klinik belirtiler şişlik, çene kemiklerinde hızlı genişleme ve daha sonra ağrıların bunlara eklenmesidir. Lezyonun üzerindeki dişler spontan olarak düşebilir ya da yer değiştirirler. Bu gibi durumlarda dişin boş kalan yerinden tümör yüzeye doğru hızla gelişme gösterir (1-9, 11). Literatürde parestezi gösteren vakalar bildirilmiştir (11).

Radyolojik olarak bazı vakalarda sınırları kist gibi düzenli ya da

(*) Dr. Med. Dent., İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Patoloji Kürsüsü Ass.

(**) Doç. Dr., Vakıf Guraba Hastanesi Servisi Şefi.

çentikli oval ve yuvarlak biçimde, bazı vakalarda düzensiz osteolitik defektler görülür (1-11). Kemik korteksleri incelmıştır. Alt çenedekiler mandibuler kanalı doğru yayılma gösterebilirler. Vakaların bir kısmında gömük diş bulunmuştur (1-7, 9).

Santral karsinomların foliküler, dentigeröz, radiküler ya da residual odontogen kistelerden (2-9), ameloblastomadan (1, 5, 9, 11), Hertwig epitel kını, mine organı ve Malassöz epiteli kalıntılarında (1, 3, 7, 9, 10, 11), embriyonal dönemde çene kemiklerinin birleşme yerlerindeki fissürlerde kalan epitel artıklarından (1, 4, 9, 11) kaynaklanırlar, alabilecekları ileri sürülmüştür. Gardner (5), odontogen kistlerden santral karsinom çıkma oranının 1/1.000.000 olduğunu bildirmektedir. Bazı yazarlar bu görüş katılmakta, fakat böyle bir durumu saptamanın güç olduğunu ileri sürmektedirler. Örneğin çene kemiğinde hem epidermoid karsinom hem de dentigeröz kist vardır ve kist çeperi tümörle infiltre olabilir, kistik değişimleri olan adamantinomadan epidermoid karsinom çıkabilir, ya da epidermoid karsinom vardır ve bunun içinde nekrozların erimesine bağlı kistik değişimler görülebilir. Bu tür vakaların yazarları yanıltığı savunulmaktadır (5, 7, 9, 10).

Odontogen kistlerden çıkan epidermoid karsinomlarda en önemli etkenin kronik iltihap olduğu ileri sürülmüştür. Literatürdeki epidermoid karsinoma dönüşen kist vakalarının tümünde çeperde yoğun kronik iltihapsal infiltrasyon görüldü (1-7, 9). Gardner (5), böyle durumlarda kronik iltihabın hazırlayıcı etken olduğu görüşündedir. Bunlara örnek olarak vücudun öteki kesimlerinde kronik ülser kenarlarından ve fistülize olmuş osteomyelit ağızlarından çıkan epidermoid karsinomları göstermektedir.

Makroskopik olarak çene kemiklerinde korteks incelmıştır. Kemik dokusunun bulunması gereken yer gri-beyaz renkli, kuru görünümde, yumuşak kıvamlı bur dokuyla infiltre olarak görülür. Yumuşak kısımlara taşma vardır. Tümör içinde nekroz, kanama ve kistik değişim gösteren alanlara rastlanabilir.

Mikroskopilerinde atipik spinal hücrelerin yaptıkları düzensiz kitleler vardır. Epitel hücrelerinin diferansiasyonlarına göre tümörün gradı değişir. Gradı düşük olanlarda bazı kitlelerin ortasında keratin lamelleri görülebilir.

Metastazlar sık görülmez. Literatürde bildirilen vakalardan 21 inde metastaz görülmemiştir, 12 hastada regional lenf düğümü metastazları ve 2 hastada da uzak organ metastazları saptanmıştır (4,

9). Metastazlar olduğunda genellikle lenfojen yolla olmaktadır (1-7, 9, 10), hematojen yayılma da görülebilir (4).

Tedavi için geniş çene kemiği rezeksiyonu gerekir. Cerrahi tedaviden hemen önce ya da sonra ışın tedavisi uygulanabilir (1-11). Hastalarda 5 yıllık yaşam süresi % 30-40 oranındadır (10).

V A K A

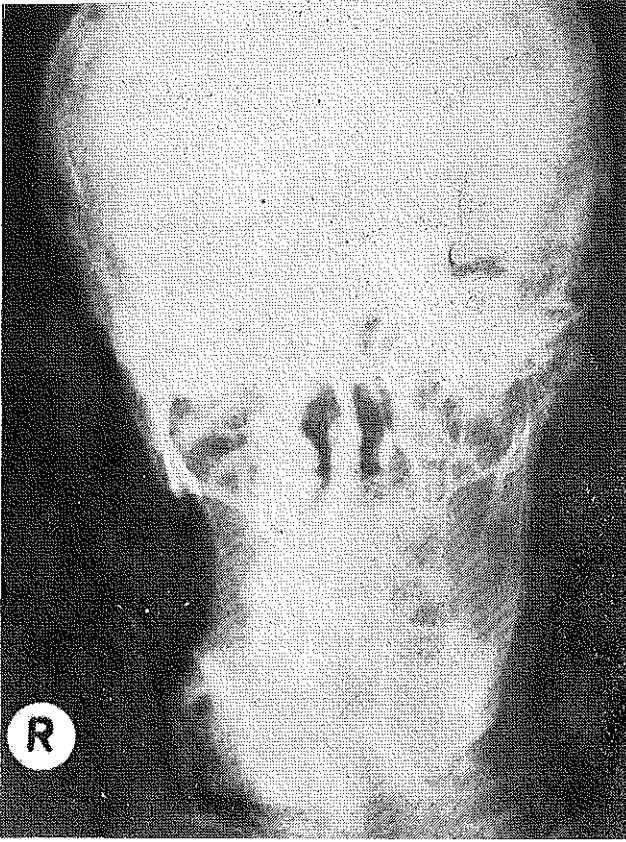
H. K. 64 yaşında erkek hasta. Yaklaşık olarak 1973 yılı Kasım ayı ortalarında mandibula sağ yanında bir şişlik farketmiş. Bu şişlik giderek artmış ve ağrı yapmaya başlamış. Gittiği dişhekimlerinin uyguladıkları tedavi yöntemlerinden yararlanamamış. 10.11.1974 te Vakıf Guraba hastanesi I. Cerrahi servisine başvurdu. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Klinik incelemesinde sağda corpus mandibulanın ortalarına rastlayan bir bölümde katı, hareketsiz bir tümör kitlesi bulundu. Submandibular bölgede adenopati yoktu. Kan ve idrar bulguları normaldi. Yapılan radyolojik incelemede sağda hemen tüm carpus mandibulayı ilgilendiren yaygın ve düzensiz destrüksiyon alanı görüldü. (Resim 1 ve 2). Akciğerler normaldi.

Hasta mandibula tümörü tanısıyla 14.11.1974 te genel anestezi altında ameliyata alındı. Tümör geniş alanlarda kemiği zarara uğratmış ve inçeltmişti. Bazı kesimlerde yumuşak dokuya taşmalar saptandı. Tümör önde orta çizgiye yakın, arkada ramus mandibula üzerinden kesilerek rezek e edildi. Hiyoid kemiğin çevresindeki küçük ganglionlar da çıkarıldı. Mandibulanın rezeksiyon uçlarına Kirschner teli konuldu. Ameliyat sonrası iyi seyretti. 26.11.1974 te hasta iki ay sonra yeniden görülmek ve rezeksiyon yerine kemik grefi konulmak üzere taburcu edildi.

Hasta 10.1.1975 te ikinci kez servisimize yatırıldı. Bu kez çektilenen akciğer grafisinde her iki akciğerde yaygın, değişik büyüklükte ve biçimde kondansasyon alanları görüldü. Bunlar metastatik odaklar olarak düşünüldüğü için hastaya kemik grefi konulmasından vazgeçildi (Resim : 3) ve radyoterapiye gönderildi.

MAKROSKOPİ :

10 cm. uzunluğunda rezek e edilmiş manibula. Orta bölümde 5x4x4 cm. ölçüsünde bir alanda çene kemiği genişlemiş, korteks incelmıştır ve ancak yer yer lezyonun üzerini örtmektedir. Öteki bazı

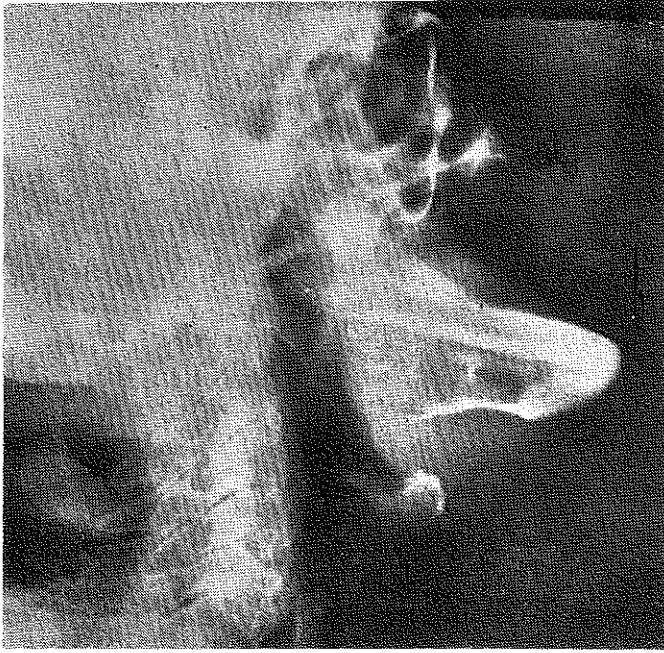


Resim : 1 — Önden çekilen grafide mandibula sağ yanında kemik destrüksiyonu yapan tümör görülmektedir.

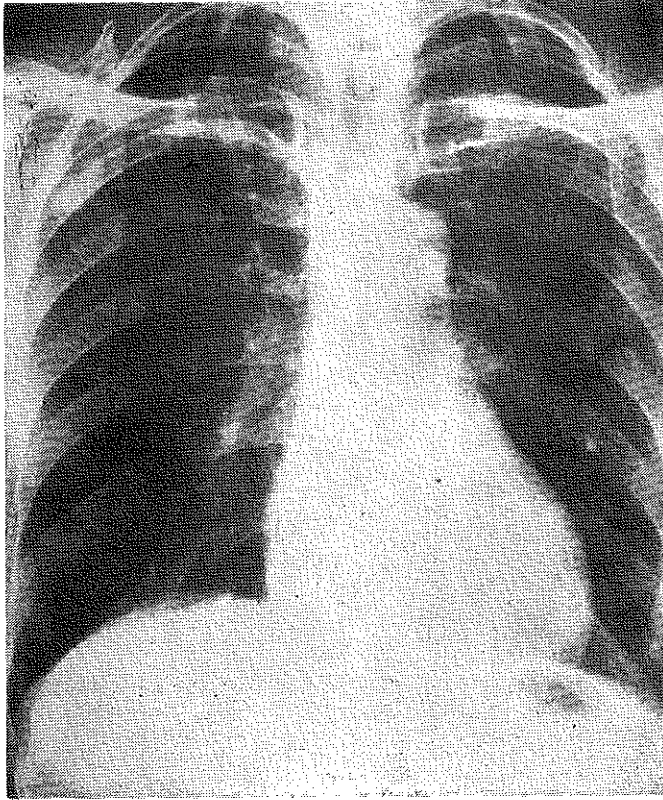
alanlarda tümör yumuşak dokuya çıkmıştır ve üzerinde ince fibröz bir doku bulunmaktadır. Kesiti beyaz renkli, yumuşak kıvamlı ve kuru görünümündedir. Yer yer kanama ve nekroz alanları vardır. Birlikte gönderilen ve çevresinde yağlı doku bulunan yumuşak parçalar içinde 1 cm. çapında, kesiti beyaz renkli olan lenf düğümü izlenimi veren oluşuma rastlandı.

MAKROSKOPİ :

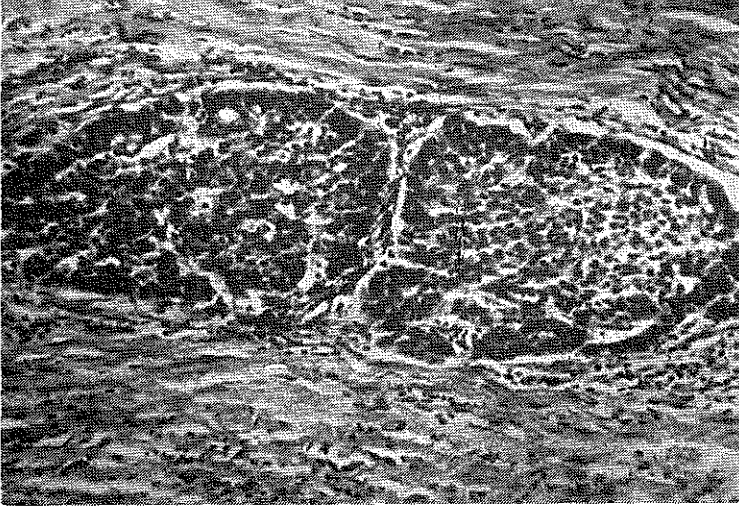
Yer yer incelmış düzensiz kemik lamelleri arasında geniş nekroz alanları, bunların çevresinde tümöral infiltrasyon vardır. Tümör hücreleri epidermisin spinal tabaka hücrelerini taklit etmekte ve ileri derecede atipi göstermektedirler. Mitozlar oldukça boldur.



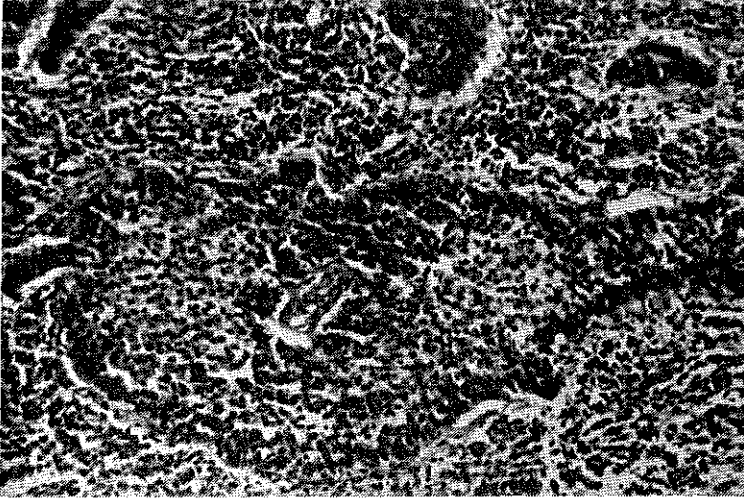
Resim : 2 — Resim 1 in yan grafisi. Corpus mandibulanın hemen tümü zarara uğramıştır.



Resim : 3 — Akciğerlerde multipl metastatik odaklar gösterilmektedir.



Şekil : 4 — Mandibuladan hazırlanan kesit. Fibröz bağ dokusu içinde spinal hücrelerin yaptıkları düzensiz kitleler görülmektedir H + E X 200.



Şekil : 5 — Lenf düğümü kesitinde yukarıda anlatılan türde infiltrasyon görülmektedir H + E X 200

Lenf düğümünden hazırlanan kesitlerde, geniş alanlarda normal yapı silinmiştir. Buralarda yukarıda anlatılan türde tümör infiltrasyonu görülmektedir.

Mikroskopi tanısı : Mandibula : Epidermoid karsinom (Grad III) Lenf düğümü : Epidermoid karsinom metastazı.

(Şekil : 4 ve 5). (Vakıf Guraba hastanesi Patoloji laboratuvarı Biopsi Prot. No :1053/74).

İ R D E L E M E ve Ö Z E T

Mandibula tümörü tanısıyla rezeksiyon uygulanan 64 yaşında erkek hastada, mandibulada santral karsinom (epidermoid karsinom Grad III) ve regional lenf düğümü metastazı saptandı. İki ay sonra kemik grefti koymak üzere çağırılan hastada bu kez akciğer metastazları görüldü.

Vakamız yaş, seks, lokalizasyon bakımından literatür verilerine uymaktadır.

Literatürdeki vakalarda regional lenf düğümü metastazlarının seyrek olduğu bildirilmiştir. Özellikle uzak organ metastazı ancak iki vakada görülmüştür. Vakamızın ilginç yönü hem çevresel lenf düğümlerinde hem de akciğerlerde metastatik lezyonların görülmesidir.

S U M M A R Y

Mandibular resection has been performed in a 64 years old male, because of mandibular tumor. A central carcinoma (squamous cell carcinoma Grade III) and regional lymph node metastase have been found. When the patient called back two months later for the application of mandibular graft, it was seen that lung metastases had developed.

Our case fits the literature data on age, sex and localization aspects.

Of the cases described previously in the literature, a few reported to have lymph metastases, only two of those cases showed distant visceral metastases. The peculiarity of our case was that it showed both regional lymph node and lung metastases.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Aisenberg, H. S. : Malignant epithelial tumor in mandibula of child aged 9. *Amer. J. Orthodont. Oral Surg. Sect.*, 28 : 736 - 737, 1942.
- 2 — Bradfield, W. J. D. ve Broadway, E. S. : Malignant change in dentigerous cyst. *Brit. J. Surg.*, 45 : 657 - 659, 1958.
- 3 — Darlington, C. G., Ehrlich, H. E. ve Seldin, H. M. : Malignant transformation of odontogenic cyst. *J. Oral Surg.*, 11 : 64-68, 1953.
- 4 — Falkner, S., Herberts, G. ve Olvén, S. : Carcinoma arising in odontogenic cysts of the jaw. Survey and case report. *Odont. Tidskr.*, 65 : 220-231, 1957.

- 5 — **Gardner, A. F.** : The odontogenic cyst as a potential carcinoma : a clinicopathologic appraisal. **J. Amer. Dent. Ass.**, 78 : 746 - 755, 1969.
- 6 — **Hankey, G. T. ve Pedler, J. A.** : Primary squamous cell carcinoma of mandible arising from epithelial lining of dental cyst. **Proc. R. Soc. Med.**, 50 : 680-681, 1956.
- 7 — **Lee, K. W. ve Loke, S. J.** : Squamous cell carcinoma arising in dentigerous cyst. **Cancer**, 20 : 2241 - 2244, 1967.
- 8 — **Lucas, R. B.** : Pathology of tumours of the oral tissues., 2. baskı, Churchill Livingstone, Edinburgh - London, 1972.
- 9 — **Shear, M.** : Primary intra-alveolar epidermoid carcinoma of the jaw. **J. Path.**, 97 : 645-651, 1969.
- 10 — **Sirsat, M. V., Sampat, M. B. ve Shrikhande, S. S.** : Primary intra-alveolar squamous cell carcinoma of the mandible. Report of a case. **Oral Surg.**, 35 : 366-371, 1973.
- 11 — **Waldron, A. C.** : Oral epithelial tumors. «Thoma's oral pathology, Ed. : Gorlin, J. R. ve Goldman, M. H., 2. cild. 6. baskı, Mosby Comp., St. Louis, 1970.» içinde.