

POSTERİOR ALVEOLER KRETTE DİŞETİ YERLEŞİMLİ SKUAMUZ HÜCRELİ KARSİNOMA: OLGU SUNUMU

SQUAMOUS CELL CARCINOMA AT THE POSTERIOR ALVEOLAR CREST GINGIVA: CASE REPORT

Doç. Dr. Emel BULUT*

Dr. Fatih YILMAZ**

Yrd. Doç. Dr. Burak BEKÇİOĞLU***

Prof. Dr. Ömer GÜNHAN****

Makale Kodu/Article code: 887
Makale Gönderilme tarihi: 27.07.2012
Kabul Tarihi: 02.01.2013

ÖZET

Oral kavite kanserleri özellikle orta yaşlı veya yaşlı erkek hastalarda görülmektedir. Skuamoz hücreli karsinoma (SHK) oral kanserlerin en sık görülen tipidir. SHK'da ilk tedavi seçeneği cerrahidir. Agresif veya konservatif yaklaşımlardan hangisinin kullanılması gerektiği ise hala tartışılmaktadır. Bu vaka raporunun amacı posterior mandibulasında SHK tespit edilen 85 yaşındaki erkek hastanın teşhis ve tedavisinin sunulmasıdır. Hastaya marjinal rezeksiyon prosedürü uygulanmış, böylece post operatif fonksiyon kaybı önlenmiş ve yaşam kalitesi artırılmıştır.

Anahtar kelimeler: Skuamoz hücreli karsinoma, Oral, Alveolar

ABSTRACT

Oral cavity cancers are seen especially in middle aged or elder men. Squamous cell carcinoma (SCC) is the most common type of oral cancers. The first treatment choice in SCC is surgery. The use of aggressive or conservative surgical approaches is still controversial. The aim of this case report is to present the diagnose and surgical treatment of an 85 years old male patient with SCC at posterior mandible. Marginal resection was performed to prevent post operative function loss and increase the life quality.

Key words: Squamous cell carcinoma, Oral, Alveolar

GİRİŞ

Oral kavite kanserlerinin tüm vücuttaki kanserlerin yaklaşık olarak %2-4'ünü kapsadığı bilinmektedir.¹ Oral kanserlerde en büyük risk grubunu alkol² ve sigara³ oluştururken, Hindistan gibi bazı asya ülkelerinde betel quid çiğnenmesine bağlı olarak oral kanser görülme oranının arttığı bilinmektedir.⁴ Ağız kanserleri içerisinde skuamoz hücreli karsinoma (SHK) en sık karşılaşılan morfolojik tiptir.⁵ SHK erkeklerde kadınlara göre daha sık rastlanmakta ve 6. ve 7. dekatta daha sık izlenmektedir.⁶ Agresif tedavisine ve bölgesel kontrolünün sağlanmasına rağmen hastaların 5 yıllık yaşama oranı %50 – 55 olarak rapor

edilmektedir.⁷ En sık tutulumun sırasıyla dil, orofarinks, dudak, ağız tabanı, gingiva, sert damak ve bukkal mukozada olduğu bildirilmektedir.⁸ Ancak, literatürde SHK'nın dişeti tutulumunun, diğer ağız içi bölgeler ile karşılaştırıldığında %10-25 oranları arasında değiştiği görülmektedir.^{9,10} Dişeti tutulumunda alttaki periost ve kemiğe olan yakınlık nedeniyle erken safhalarda kemik invazyonu olabilmektedir.⁹

Mandibulayı tutan bir karsinomadan şüphelenildiğinde primer tedavi cerrahi tedavidir. 1950'li yıllarda kemik invazyonundan şüphelenilen veya kemiğe yakın tüm vakalarda agresif rezeksiyon önerilirken, günümüzde bu görüş yerini mandibular devamlılığı korumaya yönelik daha konservatif

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi / Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D / SAMSUN

** Mehmet Aydın Devlet Hastanesi / Kulak Burun Boğaz Bölümü / SAMSUN

*** Ordu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D. / ORDU

**** Gülhane Askeri Tıp Akademisi / Patoloji A.D. / ANKARA



yaklaşımlara bırakmıştır.^{11,12} Bu raporda posterior dişsiz alveoler kret bölgesinde kanamalı bir kitle şikayeti ile kliniğimize başvuran bir hastada görülen SHK'nın erken teşhisi ve tedavisi açıklanmıştır.

VAKA RAPORU

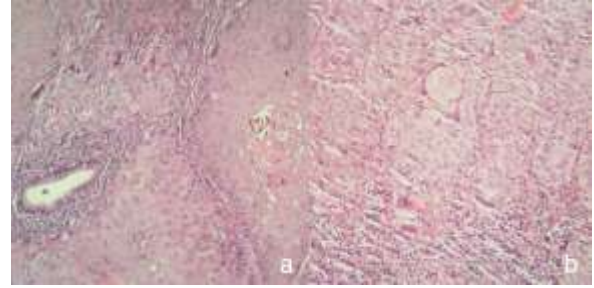
85 yaşındaki erkek hasta ağız içinde kanamalı bir kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde hastanın 2 ay önce ağızdaki kitleyi fark ettiği, 1 hafta önce de kitleyi travmatize ederek kanamaya yol açtığı öğrenildi. Yapılan intraoral muayenede hastanın sağ taraf mandibula posterior alveoler kret tepesinden başlayıp dilin laterali ve ağız tabanı ile komşuluğu olan, ülser ve karnabahar görünümlü kitle tespit edildi. (Resim 1) Hastanın baş ve boyun bölgesinden bilgisayarlı tomografi (BT) (Resim 2) ile ultrasonografi görüntüleri (USG) istendi. BT görüntülerinde ve ortopantomografide (OPG) mandibulada herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. USG'de de boyun bölgesinde belirgin bir lenfadenopatiye rastlanmadı. Lezyonun ağızdaki görünümü şüphe uyandırdığından malignite yönünden ayrıntılı klinik muayene yapılarak lokal anestezi altında insizyonel biyopsi alındı. Biyopsi materyalinin histopatolojik kesitlerinde normal mukoza epitel ile devamlılık gösteren atipik yassı epitel hücrelerinden oluşan invaziv malign tümör gözlemlendi, tümör hücrelerinde nükleer polimorfizm ve orta derecede mitotik aktivite olduğu, hücrelerde fokal keratinizasyon bulunduğu bildirildi. (Resim 3a) Tümörün solid büyük adalar halinde subepitelyal bağ dokusu içerisine invazyon gösterdiği ve tümör çevresinde orta derecede yoğun lenfosit infiltrasyonu olduğu izlendi. (Resim 3b) Histopatolojik inceleme sonucunda kitleye SHK teşhisi koyuldu.



Resim 1. Kitlenin ağız içi görünümü.



Resim 2. Mandibulanın aksiyel BT görüntüsü.

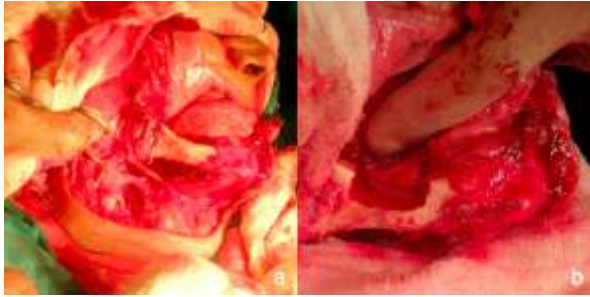


Resim 3a, 3b. Histolojik görüntülerde atipik yassı epitel hücrelerinden oluşan invaziv malign tümör görülmektedir. Tümör hücrelerinde fokal keratinizasyon izlenmektedir. Tümör çevresinde orta derecede yoğun lenfosit infiltrasyonu izlenmektedir. HEx200

Hasta genel anestezi altında opere edildi. Lenf nodu metastazı bulunmayan hastada tümör suprahoid diseksiyonla birlikte cerrahi olarak çıkarıldı, (Resim 4) mandibulaya komşu yumuşak dokular diseke edildi ve segmental rezeksiyon yerine ilişkili alveoler kemiğin bir kısmının rezeksiyonu yapıldı. (Resim 5a, 5b) Mandibula inferior sınırı korunduğundan rekonstrüksiyona gerek duyulmadı. Operasyon sahası primer olarak kapatıldı. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesi sonucunda kemikte tutulum olmadığı görülmüştür. Operasyondan sonra hasta radyoterapi ya da kemoterapi almamıştır. Hastanın 3 aylık kontrollerinde rekürrens izlenmemiştir. Hasta halen takibimiz altındadır.



Resim 4. Total olarak çıkarılan tümöral kitle.



Resim 5. a) Tümör eksizyonu ve boyun diseksiyonu sonrasında mandibulanın intra operatif görünümü. b) Tümöre komşu bölgede mandibulanın marjinal rezeksiyonu.

TARTIŞMA

Gingival tümörler dudak, dil ve ağız tabanı tümörlerine kıyasla daha nadir görülürler. 6. ve 7. dekattaki hastalarda daha siktir ve erkeklerde kadınlara göre 4 kat daha fazla görülür. Olguların %80 kadarı mandibular dişetinde ve posterior 1/3 kısımda gelişir. Olguların %35 – 50 kadarı histolojik ya da radyolojik olarak mandibula tutulumu ile başvurur.¹³ Literatürle uyumlu olarak bizim vakamızda da tümör 85 yaşında erkek hastada ve posterior mandibulada izlenmiştir.

Oral SHK'nın kemik invazyonunun tespitinde klinik muayenenin yanında radyografik yöntemlere ihtiyaç vardır. Özellikle gingival yerleşimli SHK'larda, gingiva ve kemiğin yakın ilişkisi nedeniyle, erken kemik invazyonu oluşabilmektedir.¹⁴ Fitzpatrick ve arkadaşları 519 gingival SHK vakasını değerlendirdikleri çalışmalarında %26 oranında kemik tutulumu rapor etmişlerdir.¹⁰ Klinik muayene ve OPG birlikte değerlendirildiğinde primer teşhiste oldukça hassas yöntemlerdir.¹⁵ Panoramik radyografiler oral karsinomaların kemik

invazyonunun tespitinde önemli rol oynarlar ancak OPG %30'a kadar olan mineral kaybını tespit edemediğinden başlangıç aşamasındaki kemik invazyonlarının belirlenmesinde yetersizdir ve yanlış negatif sonuçlara neden olur.¹⁶ Bu yüzden BT gibi ayrıntılı radyografiler ve kemik taramaları teşhis için gerekli olabilmektedir. Kemik invazyonu tedavi planlamasını doğrudan etkilediğinden radyografik muayenede özellikle erken kemik tutulumunun belirlenmesinde BT'nin yeri büyüktür. Bizim vakamızda panoramik ve BT inceleme sonucu kemik tutulumuna rastlanmamıştır. Hastanın yüksek oranda radyasyona maruz kalması ve bu yöntemin nispeten pahalı bir uygulama olması¹⁷ BT görüntülemenin daha az kullanımına ve böylece bazı olguların gözden kaçmasına neden olabilir. Bunun yanında, BT incelemesine rağmen gözden kaçan SHK vakaları olduğunda rapor edilmektedir. İda ve arkadaşları 474 oral kanser hastasını değerlendirdikleri çalışmalarında, %22 vaka da klinik ve BT incelemesi sonrasında dahi osteomyelit teşhisi konulduğunu ve buna yönelik tedavi uygulandığını bildirmişlerdir.¹⁸

Mandibular kemiğin de etkilendiği tümör vakalarında segmental rezeksiyon gibi radikal cerrahinin mi, yoksa daha konservatif bir yaklaşım olan marjinal rezeksiyonun mu tercih edilmesi gerektiği hala üzerinde tartışılan bir konudur.¹⁹ Mandibulanın segmental rezeksiyonu oldukça radikal bir yaklaşımdır ve çene devamlılığının bozulmasına ve çiğneme gibi oral fonksiyonların kaybına neden olur.²⁰ Ancak özellikle ileri evrelerdeki tümörlerde konservatif mandibular rezeksiyon sonrasında temizlenmemiş marjinler bırakma riski vardır.²¹

Daha az invaziv tedavi gören kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve klinik fonksiyonun çok daha iyi olduğu bilinmektedir.²² Wolff ve arkadaşları, tümör mandibulaya çok yakın ilişkide olsa da, kemik içine yayılmamışsa ya da kemik yıkımına yönelik hiçbir belirti yoksa segmental rezeksiyon yerine marjinal rezeksiyonun yeterli olacağını rapor etmişlerdir.¹⁹ Bremerich ve arkadaşları T4 evredeki tümör hastalarının %41.2'sinde histolojik incelemede kemikte infiltrasyona rastlamamışlar ve klinik ve radyolojik olarak kemik yıkımı izlenmeyen tümör vakalarında konservatif kemik rezeksiyon metotlarının tercih edilmesi gerekliliğini savunmuşlardır.¹¹ Marjinal rezeksiyonun yetersiz olduğu vakalarda ikinci bir operasyonla segmental kemik rezeksiyonu da yapılabilir. Bizim vakamızda, klinik ve radyografik olarak tümöre komşu mandibular kemikte

infiltrasyon gözlenmediğinden, segmental rezeksiyon yerine marjinal rezeksiyon tercih edilmiştir. Bu yaklaşım hastanın ameliyat sonrası oral fonksiyon kaybını önlemiş ve post-operatif yaşam kalitesini arttırmıştır.

Ağız kanserlerinde erken teşhis, hastalığın prognozu ve hayatta kalma süresi açısından önemlidir. Şüpheli durumlarda konvansiyonel yöntemlere ek olarak ileri görüntüleme tetkikleri ve histopatolojik incelemeler ile zaman kaybetmeden kesin teşhise gidilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sharma P, Saxena S, Aggarwal P. Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in Western UP: an institutional study. *Ind J Dent Res* 2010;21:316-9.
2. Koch BB, Trask DK, Hoffman HT, Karnell LH, Robinson RA, Zhen W, Menck HR. National Survey of head and neck verrucous carcinoma. *Cancer* 2001;92:110-20.
3. Alkan A, Bulut E, Gunhan O, Ozden B. Oral verrucous carcinoma: a study of 12 cases. *Eur J Dent* 2010;4:202-7.
4. Su CC, Yang HF, Huang SJ, Lian IeB. Distinctive features of oral cancer in Changhua County: high incidence, buccal mucosa preponderance, and a close relation to betel quid chewing habit. *J Formos Med Assoc* 2007;106:225-33.
5. Halboub ES, Abdulhuq M, Al-Mandili A. Oral and pharyngeal cancers in Yemen: a retrospective study. *East Mediterr Health J* 2012;18:985-91.
6. Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF, Corrêa L, de Sousa SO. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. *J Oral Sci* 2010;52:267-73.
7. Wanebo HJ, Blackinton D, Kouttab N, Mehta S. Contribution of serum inhibitory factors and immune cellular defects to the depressed cell-mediated immunity in patients with head and neck cancer. *Am J Surg* 1993;166:389.
8. Mc Dowell JD. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am* 2006; 39: 277-94.
9. Koduganti RR, Sehwat S, Reddy PV. Gingival squamous cell carcinoma: A diagnostic impediment. *J Indian Soc Periodontol* 2012; 16: 104-7.
10. Fitzpatrick SG, Neuman AN, Cohen DM, Bhattacharyya I. The clinical and histologic presentation of gingival squamous cell carcinoma: a study of 519 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;114:509-15.
11. Bremerich A, Akuamo-Boateng E, Machtens E. Indikation zur Unterkieferresection bei Tumoren der unteren Mundhohlenetage. [Indications for partial mandibular resection in tumours of the floor of the mouth]. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 1992; 37: 98-100.
12. Esser E, Krech RH. Retrospektive Analyse eines unterkiefererhaltenden Therapiekonzeptes bei Karzinomen der unteren Mundhohlenetage. [Retrospective analysis of a mandible sparing therapyconcept in cancers of the floor of the mouth]. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 1992; 37: 95-8.
13. Byers RM, Newman R, Russel N, Yue A. Results of Treatment of Squamous Cell Carcinoma of the Lower Gum. *Cancer* 1981; 47: 2236-8.
14. Seoane J, Varela-Centelles PI, Walsh TF, Lopez-Cedrun JL, Vazquez I. Gingival squamous cell carcinoma: diagnostic delay or rapid invasion? *J Periodontol* 2006;77:1229-33.
15. Rao LP, Das SR, Mathews A, Naik BR, Chacko E, Pandey M. Mandibular invasion in oral squamous cell carcinoma: investigation by clinical examination and orthopantomogram. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 454-7.
16. Hong SX, Cha LH, Lee EW, Kim J. Mandibular invasion of lower gingival carcinoma in the molar region: its clinical implications on the surgical management. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30: 130-8.
17. Çakur B, Sümbüllü MA, Durna D, Çanakçı CF. Dento-alveolar kırık teşhisinde dental volümetrik bilgisayarlı tomografi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2012; 22: 57-60.



18. Ida M, Tetsumura A, Kuribayashi A, Okada N, Kurabayashi T A clinicoradiological study of odontogenic carcinomas and their impact on clinical diagnosis. Dentomaxillofac Radiol 2012; 41: 594-600.
19. Wolff D, Hassfeld S, Hofele C. Influence Of Marginal And Segmental Mandibular Resection On The Survival Rate In Patients With Squamous Cell Carcinoma Of The Inferior Parts Of The Oral Cavity. J Cranio-Maxillofac Surg 2004; 32: 318-23.
20. Larson DL, Sanger JR. Management of the mandible in oral cancer. Semin Surg Oncol 1995; 11: 190-9.
21. Barttlbort SW, Bahn SL, Ariyan SA: Rim mandibulectomy for cancer of the oral cavity. Am J Surg 1987; 154: 423-8.
22. McDonough EM, Varvares MA, Dunphy FR, Dunleavy T, Dunphy CH, Boyd JH. Changes in quality-of-life scores in a population of patients treated for squamous cell carcinoma of the head and neck. Head Neck 1996;18:487-93.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç.Dr. Burak BEKÇİOĞLU
Ordu Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı,
ORDU
Tel: 05327800945
E-posta: burakbekcioglu@hotmail.com

