

TİP II DİABETİK BİR HASTAYA AİT PALATAL PLEOMORFİK ADENOMANIN TEDAVİSİ: VAKA RAPORU#

TREATMENT OF PALATAL PLEOMORPHIC ADENOMA'S OF TYPE II DIABETIC PATIENT'S: CASE REPORT

Yrd. Doç. Dr. Emel UZUN BULUT*
Dr. Dt. Bora ÖZDEN*
Doç. Dr. Alper ALKAN**

Araş. Gör. Dt. Fatih HOŞGÖR*
Araş. Gör. Dt. Burcu BAŞ*
Prof. Dr. Filiz KARAGÖZ***

ÖZET

Pleomorfik adenomalar temelde epitel veya miyoepitelyal hücrelerden oluşurlar. Tüm tükürük bezi tümörleri arasında en sık görülenidir. Miyoepitelyal hücrelerin özelliklerine göre fibröz, miksoid veya kartilaj mezenşimal elementler şeklinde olabilirler. Bazı tümörler baskın olarak miksoidtir ve eğer operasyonda dikkatli tutulmazlarsa patlayabilirler ve daha sonra rekürrens izlenir. Mukoza altında oldukları zaman tümör mavimsi görünür. Pleomorfik adenomaların gelişimi yavaştır. Eğer ihmal edilirse, pleomorfik adenomalar büyük boyutlara ulaşır. Malign formasyon gösterebilirler. Tedavi, kitlenin geniş eksizyonudur ve tümör marjinlerinden 0.5cm uzaktan, kemiğe kadar incek şekilde yapılmalıdır. Yetersiz yapılan rezeksiyon lokal rekürrense neden olmaktadır. Eğer kemiğin dış korteksi etkilenmiş ise bir frezle aşındırma tavsiye edilmektedir.

Bu vaka raporunda, tip II diabeti olan 65 yaşındaki erkek hastada sağ taraf palatinal bölgede mevcut olan 4x3cm boyutlarındaki pleomorfik adenomanın cerrahi eksizyonunu takiben, bölgenin sekonder epitelizasyon ile iyileşmesi olgusu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: *Pleomorfik adenoma, tip II diabetes mellitus, yara iyileşmesi*

ABSTRACT

Pleomorphic adenomas arise mainly from duct epithelium or myoepithelium cells. Pleomorphic adenoma is the most common tumor of the major and minor salivary glands. The fibrous, myxoid, or cartilaginous mesenchymal elements are due to pluripotential properties of myoepithelial cells. Some tumors are predominantly myxoid and can burst at operation if not gently handled and then recur. When close under the mucosa, the tumor may appear bluish. Growth of pleomorphic adenomas is slow. If neglected, pleomorphic adenomas can grow to great size. They can undergo malignant change. Treatment is by wide excission and at least 1/2cm beyond the visible tumor margin and down to bone. Inadequate resection leads to local recurrences. If the surface layer of cortex is involved, removal with a bur is suggested.

A palatal pleomorphic adenoma, 4x3cm dimension that healed with seconder ephithelisation after excision of the heap, in a 65-year-old male patient is reported in this case report.

Key Words: *Pleomorphic adenoma, type II diabetes mellitus, wound healing*

GİRİŞ

Pleomorfik adenomalar major ve minör tükürük bezlerinin en sık görülen tümörleridir. Parotis bezi %85 oranında, submandibuler bez %8, intraoral minör tükürük bezleri %7 oranında etkilenirler¹. Benign pleomorfik adenomalar, palatinadaki minör tükürük bezlerinde, üst dudakta, yanakta, ağız tabanında, larinkste ve nefes borusunda görülürler². Sıklıkla yetişkinlerde,

kadın erkek oranı eşit ve en sık hayatın 4. ve 6. dekatları arasında izlenirler¹. Pleomorfik adenomanın hücresel komponenti epidermoid hücreler ve miyoepitelyal hücrelerden oluşur. Eğer iki hücre bağımsız orjine sahipse, doğru isimlendirme 'mixed tümör'dür. Eğer iki hücre aynı orijinli ise 'pleomorfik adenoma' olarak isimlendirilir³.

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

** Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

*** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

#Bu çalışma 29 Mayıs-2 Haziran 2005 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneğinin 13. Uluslararası Bilimsel Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Fibröz, mikroid veya kartilaj mezensimal elementlerden köken alan miyoepitelyal hücrelerin özelliklerine bağlı olarak çeşitli şekillerde izlenebilir. Bazı tümörler baskın olarak miksoittir ve eğer ameliyatta dikkatli tutulmazlarsa patlayabilirler⁴. Genelde sert damak dışındakiler mobildir. Sıkı, ağrısız şişlik şeklinde ve üzerindeki mukoza normal görünümündedir. Sert damak ağız içinde en sık etkilenen bölgedir¹. Çoğu minör tükürük bezi tümörü düzgün submukozal kitle veya nodül şeklinde izlenir⁵.

Tedavi kitlenin geniş eksizyonudur. Aksi taktirde rekürrens kaçınılmazdır. Yeterli cerrahi eksizyonda rekürrens nadirdir. Ama tipik olarak rekürrens multifokal olur ve tamamen ortadan kaldırmak güçleşir⁶.

Pleomorfik adenoma tükürük bezlerinin en sık izlenen tümürüdür ve düşükte olsa malignite riski taşırlar. Malign transformasyon eğilimi literatürde %1.9-23.3 oranında belirtilmiştir ve pleomorfik adenoma ile birlikte karsinom görülme sıklığı literatürde yaklaşık olarak %12 oranında verilmiştir⁷.

Pleomorfik adenomanın cerrahisi sonrasındaki iyileşme hastanın sistemik durumu ile de ilişkilidir. Özellikle diabet hastaları risk grubundadırlar. Diabetik hastalarda enfeksiyon gelişmesinde artma ve yara yeri iyileşmesinde gecikme meydana gelmektedir ve bu hastalarda oluşan cerrahi yaralara normal hastalardan daha fazla önem verilmelidir⁸.

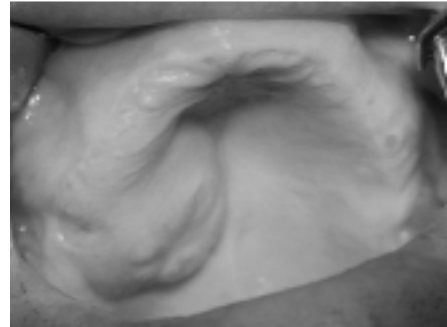
Bu vaka raporunda, Tip II diabeti olan 65 yaşındaki erkek hastanın palatal pleomorfik adenoması ve cerrahi eksizyonundan sonra ortaya çıkan geniş defektin sekonder epitelizasyonla iyileşmesi anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında bir erkek hasta, ağız içinde şişlik, yutma güçlüğü ve protezini kullanamama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde bu şişliğin 1.5-2 yıldan beri mevcut olduğu, çok yavaş büyüdüğü ve ağrısız olduğu öğrenildi. Hastanın Tip II diabet ve hipertansiyon hastası olduğu ve oral antidiyabetik ve antihipertansif ilaçlar kullandığı öğrenildi. Yapılan ağız içi muayenede hastanın sert damak sağ tarafında yaklaşık 4x3cm boyutlarında, üzeri normal mukoza ile örtülü, solid bir kitle izlendi (**Resim 1**). Mevcut panoramik ve oklüzal grafilerinde herhangi bir anormal görünüme rastlanmadı. Kitleden insizyonel biopsi yapılarak histopatolojik incelemeye gönderildi. Biopsi sonucu ödemli palatinal mukoza olarak bildirildi. Ancak kitlenin klinik görünümü benign bir neoplazm karakterinde olduğu için kitlenin total

eksizyonuna karar verildi. Hastanın kan şekeri seviyesi regüle edilerek genel anestezi altında ameliyata alındı. Kitle üzerini örten mukoza ve kapsülü ile birlikte altta periost da dahil olmak üzere palatal kemiğe kadar eksize edildi (**Resim 2**). Bu sırada palatinum majordan çıkan damar sinir paketi tanımlanarak, palatina descendens bağlandı. Ortaya çıkan kemik defekti üzerine okside edilmiş selüloz mesh (Surgicel-Ethicon) konularak olası sekonder kanama için önlem alındı. Ameliyat öncesi hazırlanan akrilik plak içine yumuşak astar maddesi (Visco-gel- Dentsply) konularak, sert damağa 17mm'lik iki mini titanyum vida ile sabitlendi (**Resim 3**). Titanyum vidalar postoperatif 7. günde çıkarıldı ancak akrilik plak kemik yüzeyi epitelize olana kadar kullanıldı. Operasyon sonrası ilaç olarak; 5 günlük Klindamisin 600 mg ampul (Klindan®) 2x1, Metamizol Na ampul (Novalgine®) 2x1 şeklinde verildi. Daha sonra oral ilaçlar önerildi. Amoksisilin + Klavulanik asit 1000mg BID (Augmentin® tb), 2x1, flurbiprofen 100 mg (Majezik® tb), 2x1, klorheksidin glukonat gargara (Klorhex®), 2x1. Antibiyotik ve ağrı kesici 5 gün devam edilirken, gargara daha uzun süre kullanıldı.

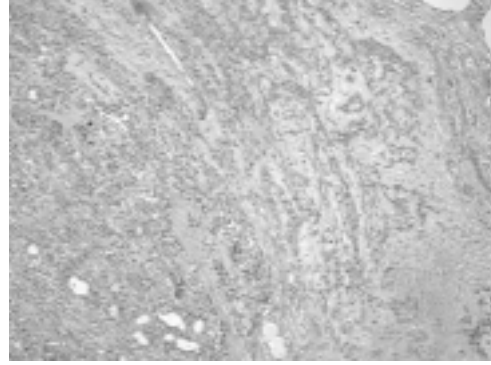
Histopatolojik inceleme için alınan kesitlerde çok katlı yassı epitelle örtülü, çevresinde tükürük bezi kesitleri gözlenen doku örneklerinde kapsül yapısı içermeyen ancak çevre ile iyi sınırlı tümöral gelişim izlenmiştir (**Resim 4a**). Tümör yer yer yoğunlaşan hiyalinize ve bazı alanlarda kondroid görünümlü stroma içerisinde yer alan epitelyal elemanlardan oluşmaktadır (**Resim 4b**). Bu epitelyal elemanlar yer yer adenoid yapılar, geniş alanlarda da sellüler hücre kümeleri şeklinde düzenlenmektedir. Bu bulgular sonucunda kitle pleomorfik adenom olarak rapor edilmiştir. Yapılan takiplerde hastanın tip II diabeti olmasına rağmen yara yerinin iyileşmesinin gayet iyi olduğu izlendi (**Resim 5-9**). Hasta halen takibimiz altındadır.



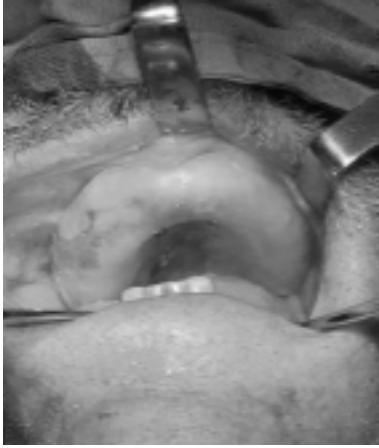
Resim 1 : Kitlenin preoperatif ağız içi görünümü



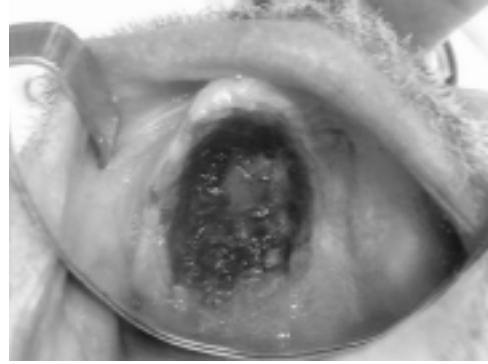
Resim 2 : Kitlenin eksizeyonundan hemen sonraki ağız içi görünümü



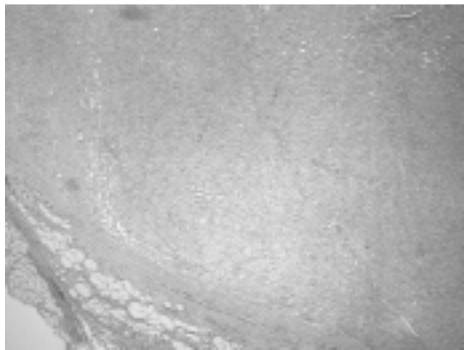
Resim 4b: Miksoid stroma içerisinde ve komşuluğunda glandüler diferansiyasyon gösteren epitelial komponent. (H&E, x 10)



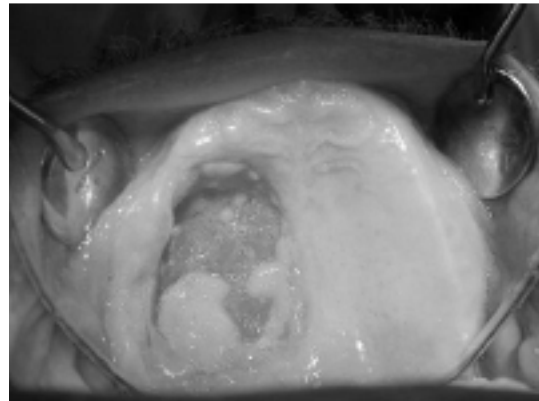
Resim 3 : Akrilik plağın vida ile fiksasyonu



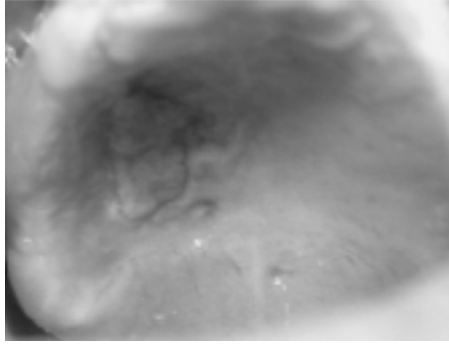
Resim 5 : Postoperatif I. haftada defektin görünümü



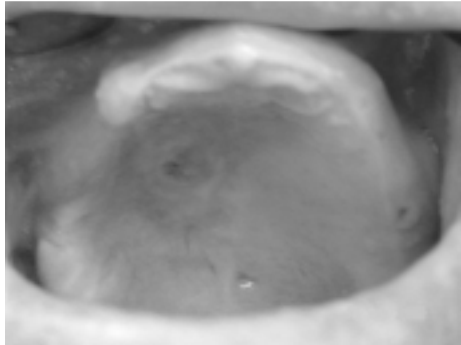
Resim 4a: Tükürük bezi komşuluğunda iyi sınırlı, epitelial komponentten zengin adenom görünümü. (H&E, x 2,5)



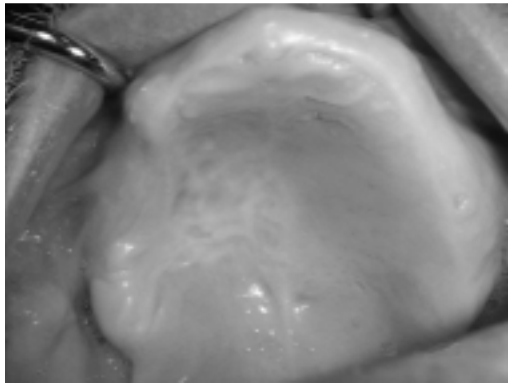
Resim 6 : Postoperatif V. haftada yara yeri iyileşmesinin görünümü



Resim 7 : Hastanın postoperatif VII. haftada ağız içi görünümü



Resim 8 : Postoperatif V. ayda ağız içi görünüm



Resim 9 : Postoperatif I. yıl ağız içi görünüm

TARTIŞMA

Diabetes mellitusu olan hastalardaki yaralarda hücreler yeteri kadar beslenemediği ve vücudun savunma sistemi bozuk olduğu için ve kan damarlarının bazal membranlarının kalınlaşması nedeniyle yara iyileşmesi gecikmektedir⁹. Hiperglisemi zayıf yara iyileşmesine, enfeksiyon direncinde azalmaya neden olmak-

tadır¹⁰. Yaş, şişmanlık, kötü beslenme, makrovasküler ve mikrovasküler hastalıklar gibi unsurlar özellikle tip II diabetik hastalarda yara enfeksiyonuna ve yara yeri iyileşmesinde gecikmelere neden olmaktadır. Diabetes mellitusu olan cerrahi hastalarda yara komplikasyonları insidansında artma rapor edilmiştir¹¹. Biz olgumuzda opere ettiğimiz bölgeyi koruyucu bir akrilik plak ile örtüp, sekonder epitelizasyon ile iyileşmeye bırakmamıza rağmen, hastanın yara iyileşmesi kısa sürede başarı ile tamamlanmıştır.

Pleomorfik adenomanın tedavisi basit eksizyon, marjinlerle birlikte eksizyon ve adjuvant radyoterapiyi kapsamaktadır. Pleomorfik adenomanın rekürrens eğilimi iyi tanımlanmıştır ve literatürde rekürrensin 18 yıllık takiplerde izlendiği görülmesi nedeni ile 5 yıllık takip bu tümörler için yetersiz olabilir. Pleomorfik adenomlar ve myoepitelyomalar için 10-20 yıllık süre takip için uygun olan zaman dilimidir⁵. Eğer parotis gibi major tükürük bezi tutulumu mevcut ise cerrahide kitle ile birlikte bezinde bütün olarak çıkarılması tercih edilebilir². Tedavi olarak geniş marjinal kitlenin total eksizyonu yapılmıştır. Hasta halen takibimiz altındadır.

İntraoral defektlerin kapatılmasında primer kapama, bukkal mukozal greftler, yarı kalınlık deri greftleri, allojenik greftler, reyonel rotasyonel flepler ve uzak doku greftleri gibi metotlar kullanılabilir. Defektin tipi ve boyutu kullanılacak tekniği belirler. Palatal pleomorfik adenomaların eksizyonundan sonra palatal defektlerin rekonstrüksiyonu çeşitlidir. En sık kullanılan palatal kapama teknikleri intakt mukoza flebi, sekonder epitelizasyon iyileşmesi, otojenik ve allojenik greftler, transpalatal flepler, buksinatör myomukozal flep ve pediküllü bukkal yağ dokusu flebi olarak sayılabilir¹²⁻¹⁶.

Buksinatör ada flebi Zhenmin ve arkadaşları tarafından yarık damak ve periorbital defektlerin tamirinde son zamanlarda kullanılmıştır¹⁷. Transpalatal flep gibi, bu flebin avantajı kan desteği, vaskülarize olması ve rotasyona izin vermesidir. Ama uzun operasyon süresi ve ikinci bir operasyon gerektirmesi dezavantajlarıdır. Aynı zamanda parotis bezini yaralama riski de vardır¹⁷.

Küçük veya orta boyda intraoral defektlerin kapatılmasında yağ dokusunun kullanılması kolay, güvenilir ve hızlı bir rekonstrüksiyon metodudur. Bukkal yağ dokusunun zengin kan desteğinin olması ve kolay mobilizasyonu ve az komplikasyonu onu ideal flep haline getirmektedir¹⁸.

Tümörü örten sağlıklı intakt mukozanın kullanımını pleomorfik adenomanın kapsülünün olmasından ve mukozaya sıkıca tutunmasından dolayı dezavantaj oluşturur.

Palatal pleomorfik adenomaların eksizyonundan sonra üzeri açıkta kalan palatal kemik yüzeyi granülasyon dokularının formasyonu ile sekonder epitelizasyon sayesinde mükemmel olarak iyileşebilmektedir. Palatal defektlerin sekonder iyileşmesi cerrahi tecrübe gerektirmemesi, ilave bir cerrahi alan oluşturmaması ve operasyon süresini kısaltmasından ötürü avantajlıdır. Buna karşın epitelizasyonda gecikme, sekonder kanama ve enfeksiyon riski göz önünde bulundurulması gereken risklerdir. Bu riskleri minimize etmek için açıkta kalan kemik yüzeyi üzerine hemostatik bir ajan yerleştirildikten sonra bir akrilik plak ile bölgenin izole edilmesinde fayda vardır. Bizim olgumuzda da hasta Tip II diabet olmasına rağmen sekonder epitelizasyon tekniğinde iyileşmenin avantajlarını göz önünde bulundurarak, bu teknikten faydalandık.

Diabetes mellitusu olan hastalar cerrahinin olumsuz sonuçlarının ortaya çıkması açısından riskli hastalardır. Bu olumsuz sonuçlar özellikle aterosklerotik hastalıklar, nefropati, periferik ve otonomik nöropati gibi diabetin komplikasyonlarından kaynaklanmaktadır⁸. Operasyon sonrası iyileşme döneminde istenmeyen durumların ortaya çıkmasını engellemek için bu hastaların kan glukoz seviyesi kontrol altında tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Regezi JA, Sciubba J.J, Jordan RCK. Salivary Gland Diseases. In: Oral Pathology Clinical Pathologic Correlation. 4th. Edition, Saunders, St. Louis 2003; 196-8
- 2- Paul L, Judith F. Pleomorphic Adenoma of the Soft Palate. Otolaryngol head neck surgery 2001;125:122
- 3- Cerulli G, Renzi G, Perugini M, Becelli R. Differential Diagnosis Between Adenoid Cystic Carcinoma and Pleomorphic Adenoma of the Minor Salivary Glands of Palate. The Journal of Craniofacial Surgery 2004;15(6):1056-60.
- 4- Cawson RA, Gdell EW. Neoplastic and non-neoplastic diseases of salivary glands. In: Cawson's Essentials of Oral Pathology and Medicine. 7th. edition, Churchill Livingstone, Edinburg: 2002; 264-5.
- 5- Simon MYL, Alison M. Rich, Rohana K. De Silva, Martin M. Ferguson Pleomorphic adenoma of a molar salivary gland. Oral Oncology Extra 2006;42:170-2

- 6- Yıldırım İ, Okur E, Kanber Y, Çoban K. Alışılmamış büyüklükte damakta pleomorfik adenomu. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2003;11(2): 52-5.
- 7- Ethunandan M, Witton R, Hoffman G, Spedding A, Brennan PA. Atypical features in pleomorphic adenoma a clinicopathologic study and implications for management. Int J Maxillofac Surg 2006; 35: 608-12
- 8- Meyer JS. Diabetes and wound healing. Crit Care Nurs Clin North Am. 1996; Jun;8(2) 195-201.
- 9- Tokgöz M, Yiğitbaş MR. Endokrin Sistem Hastalıkları. Diş Hekimliği ve Sistemik Hastalıklar. 3. baskı. Ankara, 1998; 141-54
- 10- Hoogwerf BJ. Postoperative management of the diabetic patient. Med Clin North Am. 2001; Sep;85(5):1213-28.
- 11- Rosenberg CS. Wound healing in the patient with diabetes mellitus. Nurs Clin North Am. 1990; Mar;25(1): 247-61.
- 12- Alkan A, Dolanmaz D, Uzun E, Erdem E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. Swiss Med Weekly 2003; 133: 465.
- 13- Anastassov GE, Schwartz S, Rodriguez E. Buccinator Myomucosal Island Flap for Postablative Maxillofacial Reconstructions: A Report of 4 cases. J Oral Maxillofac Surg 2002 ; 60: 816
- 14- Bilkay U, Tokat C, Ozek C, Gündoğan H, Gürler T, Teysel Z, Songur E. Cancellous bone grafting in alveolar cleft repair. J Craniofac Surg 2002; 13: 658.
- 15- Pogrel MA. The Management of Salivary Gland Tumors of the Palate. J Oral Maxillofac Surg 1994 ; 52: 454
- 16- Yaman Z, Yenidünya MA, Gültan SM, Emiroğlu M. Pleomorphic Adenoma of Minor Salivary Glands with Palatal Localization: Report of a Case. A Ü Diş Hek Fak Derg 1994; 21: 69.
- 17- Zhenmin Z, Senkai L, Yiping Y, et al. New buccinator myomucosal flap: Anatomic study and clinical application. J Plast Reconstr Surg 1999; 104: 55.
- 18- Martin-Granizo R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodriguez F, Monje F, et al. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 1997;35: 81-4.

Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr Emel Uzun Bulut

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD
Kurupelit/ Samsun 55139 Tel:03623121919/3008
e-mail: euzun@omu.edu.tr