

RHABDOMYOSARKOM NEDENİYLE RADYOTERAPİ GÖRMÜŞ BİR HASTADA DENTAL TEDAVİ (Bir Olgu Nedeniyle)

Arş.Gör.Şükran YAVUZ*

Doç.Dr.Nuran YANIKOĞLU**

Prof.Dr.O.Murat BİLGE***

DENTAL TREATMENT OF A PATIENT WHO HAS HAD RADIOTHERAPY DUE TO RHABDOMYOSARCOMA

SUMMARY

Rhabdomyosarcoma is the most common of soft tissue sarcoma. The tumor most often presents as a painless, infiltrative mass that may grow rapidly. The head and neck regions of children are the most frequent location. Embryonal rhabdomyosarcomas are most common in the first 10 years of life, alveolar rhabdomyosarcomas occur at a median age. Treatment typically consists of local surgical excision followed by multiagent chemotherapy and radiation therapy. In this case report the maxillar denture is fitted to the patient who have been having radiation therapy and local surgical excision because of rhabdomyosarcoma in the mezial of the left eye.

Key Words:Rhabdomyosarcoma

ÖZET

Rhabdomyosarkom, yumuşak doku tümörlerinin en yaygınlarından. Ağrısız ve hızlı büyüyen infiltratif bir kitle halindedir. Sıklıkla çocukların baş ve boyun bölgesinde lokalizedir. Embryonal rhabdomyosarkom erken yaşlarda görülürken, alveoler rhabdomyosarkom yetişkin dönemde görülür. Tedavi için lokal cerrahi insizyonu takiben multiajanlı bir kemoterapi ve radyoterapi uygulandığında prognoz genelde iyidir. Bu vaka raporunda sol gözün mezialinde gelişen rhabdomyosarkom nedeniyle lokal cerrahi eksizyon ve radyoterapi geçirmiş hastaya maksiller protez yapımı sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Rhabdomyosarkoma

GİRİŞ

İskelet kasları orjinli malign bir neoplazm olan rhabdomyosarkoma, özellikle çocuklarda kafa ve boyun bölgesini içine alan yumuşak doku sarkomlarının en yaygın olanıdır.¹⁻³ Bu malign neoplastik büyümenin ortaya çıkmasının sebebinin izah eden açık bir etyolojik faktör bulunmamaktadır. Bununla birlikte bazı çalışmalar gen anormalliğinin özellikle rhabdomyosarkom gibi bazı çocukluk dönemi malignitesinde rol oynayabileceğini göstermiştir.^{1,4} Bu tümör, en sık olarak baş ve boyun bölgesinde, sekonder olarak da genitourinary bölgesinde lokalize olmaktadır.

Horn ve Enterline,⁷ rhabdomyosarkomu histolojik olarak dört grupta toplamıştır.

- Pleomorphic
- Alveoler
- Embryonal
- Botryoid

Bununla birlikte botryoid rhabdomyosarkoma embryonel formun bir çeşidi olarak tanımlanır.^{7,8}

Tümör genellikle ağrısız, infiltratif, hızla büyüyen bir kitle olarak bulunur. En sık lokalizasyonu baş ve boyun bölgesinde ve göz

çukurundadır. Nazal kavite ve nazopharynx'de oluşabilir. İntraoral kavitede en sık damak etkilenir. Bazı lezyonlar maksiller sinüde ortaya çıkabilir ve oral kaviteye açılabilir. Rhabdomyosarkoma vagina-prostat-mesane tabanı safra kanalı ve orta kulakta da rapor edilmiştir.^{5,12}

Rhabdomyosarkomlu hastaların mevcut baş şikayetleri genellikle şişlik ve eğer sinirle bağlantısı varsa ağrı olabilir. Gözler arası mesafede artma, anormal fonasyon, disfoji, öksürük, işitme kaybı ve çenede deviasyon görülebilir. Mevcut lezyonlar arasına ülsere olurlar, kemik altına yayılıp, uzak bölgelerde metastaz yapabilirler.^{1,2,5}

VAKA RAPORU

19.12.1980 doğumlu S.S. 06.07.1998 tarihinde Oral Diagnoz ve Radyoloji kliniğine dişlerindeki çürükler ve bazı dişlerin sallanması nedeniyle başvurdu. Hastadan alınan anamnezde gözün altında burnun sol yanında bir kitlenin oluştuğu, 1984'de A.Ü. Tıp Fak. K.B.B. servisinde ameliyatla kitlenin alındığı daha sonra Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesine sevk edildiği, burada

* Atatürk Üniv. Dişhek.Fak.Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Arş.Gör.

** Atatürk Üniv. Dişhek.Fak.Protetik Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** Atatürk Üniv. Dişhek.Fak.Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

kemoterapi ve radyoterapi uygulandığı öğrenildi. 1985'de kafatasında metastaz görülmüş, 1987 yılına kadar kemoterapi ve radyoterapiye devam edildikten sonra durumun normale döndüğü tesbit edilerek tedavi kesilmiş. Hasta 1990 yılında katarakt ameliyatı geçirmiş ve düzenli olarak H.Ü. Tıp Fakültesine kontrole gitmektedir.

Yapılan extraoral muayenede hastanın boyu normaden kısa, saçları dökük, kalın camlı gözlüklü, cildi kuru ve konuşmasının normal olmadığı gözlemlendi (Resim 1,2). İntraoral muayenede sağ üst 1,III,4,5,6 nolu dişler, sol üst 3,4,5 nolu dişler, sağ altda 1,2,3,4,6,7 nolu dişler ve sol altda 1,2,3,4,6,7 nolu dişler ağızda mevcuttu. Alt sağ ve sol birinci molarlarda yaygın çürükler üst sağ santral ve üst sol kanin dışında mobilite vardı. Diğer azı dişlerinde özellikle üst küçük azıların kronlarında gelişim bozukluğu görüldü. Ağız mukozası normal olup alt dudak sağ iç tarafta deriden kabarık lezyon vardı. Hastadan alınan lateral kafa grafisinde küçük yaşta yüksek dozda aldığı radyasyon neticesinde sella tursikanın, hastanın yaşına göre normalden küçük olduğu, ortopantomografide üst dişlerde kök gelişimi olmadığı, üst sağ lateralin gömük olduğu üst ikinci molarların germlerinin hiç teşekkül etmediği, alt ikinci molarların normalden küçük olduğu ve alt ikinci premolarların germlerinin hiç teşekkül etmediği görüldü (Resim 3-4).

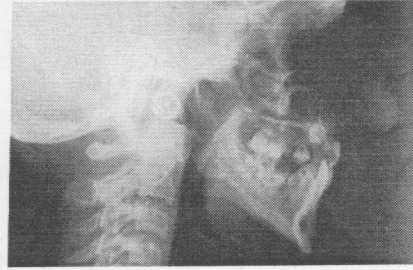
Tedavi planında hastanın alt sağ ve sol birinci büyük azı dişlerine dolgu yapılmasına, çiğneme fonksiyonunu tam yapamadığı için maksillada mevcut bütün dişlerin geniş spektrumlu antibiyotik şemsiyesi altında çekilmesine ve üst total protez yapılmasına, sağ üst bölgedeki gömük dişe herhangi bir travmaya maruz bırakmamak için dokunulmamasına karar verildi.



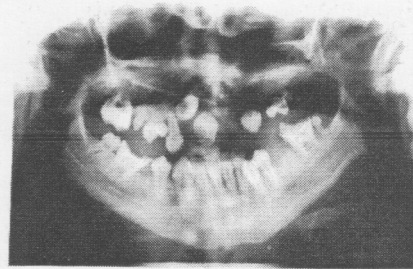
Resim 1. Hastanın klinik görünümü



Resim 2. Hastanın klinik görünümü



Resim 3. Hastanın lateral sefalometrik radyografisi



Resim 4. Hastanın ortopantomografisi

TARTIŞMA

Rhabdomyosarkoma ilk olarak hayatın birinci dekadında meydana gelir. Aynı zamanda genç erişkinlerde ve 13-19 yaş arasındaki kişilerde görülür. 45'den daha yaşlı insanlarda nadirdir ve yaklaşık olarak vakaların % 60'ında erkeklerde meydana gelir.^{1,2}

Pleomorphic rhabdomyosarkoma, Pattan ve Horn'a¹⁰ göre diğer bölgelerden çok extremitelerde meydana gelir. Ortalama 50-55

yaşlarında görüldüğü bu yazarlar tarafından 19 vakada rapor edilmiştir.

Alveoler rhabdomyosarkoma, Enzinger ve Shiroki⁹ tarafından 110 vakada analiz edilmiş, daha çok hayatın ilk dönemlerinde, genellikle de 10-20 yaşları arasında (ortalama 15 yaşlarında) meydana geldiği rapor edilmiştir. Bu tip vakaların büyük bir bölümü extremitelerde meydana gelirken % 18'i baş ve boyun bölgesinde bulundu.

Embryonal rhabdomyosarkoma, Stobbe ve Dargeon'nun¹¹ yapıtları araştırmalara göre daha çok hayatın ilk on yılında, baş ve boyun bölgesinde diğer formlardan daha çok görülür. Başlıca orbital, fasial servikal kaslarda ortaya çıkar. Meydana gelme bölgelerinin göz çukuru, göz kapaklarının iç birleşme yeri, tonsiller, yumuşak damak, mastoid, iç kulak, parotid, zygoma, temporal ve servikal bölgeleri kapsadığı 15 vakada rapor edilmiştir. Hastaların bu grubunda ortalama yaş 6'dır.

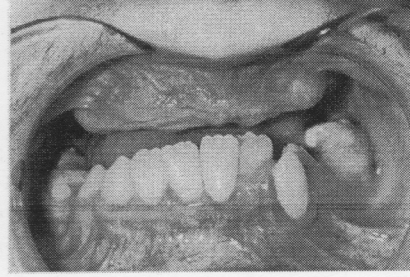
Bizim vakamızda da hastanın daha önceden geçirmiş olduğu operasyonlara ait kayıtları incelediğimizde 4 yaşında iken bu sarkomun sol infraorbital bölgede geliştiği, kitlenin cerrahi operasyonla alındığı ve histopatolojik tetkikinde Embryonal rhabdomyosarkoma olduğu anlaşılmıştır.

Rhabdomyosarkomun tedavisi cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapidir. Kemoterapi mutlaka vincristine, actinomycin-D, cyclophosphamide ve doxorubicin kombinasyonu içermektedir.¹³

Vakamızda hasta 1984' H.Ü. Tıp Fakültesinde kemoterapi, immünoterapi ve yüksek doz radyoterapi görmüştür. 1985'de kafatasında frontal bölgede metastaz görülmüş, 1987'ye kadar tedavi devam etmiştir. Çocuğun küçük yaşta aldığı bu yüksek doz radyoterapi baş, boyun bölgesi yapıları ve özellikle dişleri gelişme sürecinde oldukları için ciddi şekilde etkilemiştir. Ağızda çekimine karar verilen dişler antibiyotik desteğiyle alındıktan sonra çekim yerlerinin iyileşmesi için yaklaşık 3 ay beklendi (Resim 5). Üst çene total dişsiz ve alt çenede doğal dişler olduğu için üst çeneye tek tam protez yapılmasına başlanıldı.

Alt-üst tam protez yapımında dişler istenilen oklüzyonu sağlayacak şekilde dizilirken doğal dişlerle kapanışta olan tek tam protezlerde bunu sağlamak her zaman kolay olmaz. Çünkü protezin kapanış yapmak zorunda olduğu doğal dişler mezial veya distale eğilme, uzama, rotasyon gösterebilir. Bu durum oklüzyonun dengelenmesini güçleştirir. Oklüzyonun dengeli olması için tek tam protez karşıtı dişlerdeki bu

düzensizlikler dişlerin aşındırılması, kuron veya köprü uygulaması, ortodontik tedavi veya çekim ile giderilmeye çalışılır.^{14,16}



Resim 5. Hastanın üst dişlerinin çekiminden sonraki ağız içi görünümü.

Tek tam protezlerde genelde şu sorunlarla karşılaşılır;

- Stabilite eksikliği
- Fonksiyon yetersizliği
- Protez kaidesi kırıkları
- Mukozada iritasyon
- Alveol kemiği rezorpsiyonları¹⁴⁻¹⁶

Doğal dişlerin uyguladığı kuvvetlere karşı dokulardan yeterli destek sağlayabilmek için kaide plağının fizyolojik tolerans sınırları içinde mümkün olan en geniş yeri kapsaması gerekir. Böylece birim alana düşen basınç azalır. Protezin cilalı yüzeyleri çevre dokularla uyumlu olmalıdır.¹⁶

Radyoterapi görmüş kişiler travmaya hassas olduğu için bu tip hastalara yapılan protezlerde yumuşak astar maddeleri kullanılmalıdır. Böylece hem protezin mukozayı irrite etmesi önlenir, hem de alveol kretine gelen basınç azaltılmış olur. Özellikle andırkatlı sahalarda protezin takılıp çıkarılması kolaylaşır, hasta rahat eder.^{13,16}

Torus ve kemik çıkıntıları da yine bu tip hastalarda cerrahi olarak düzeltilmeyip, protezlerde rölyef yapılarak hasta rahatlatılır. Bu yapılmazsa kaldırıcı kuvvetinin etkisiyle stabilite bozulur, kaide plağı kırıkları görülür.^{14,16}

Kaide plağı kırıklarının nedeni daha çok oklüzal düzensizliklerdir. Tek tam protezleri ağıza uyguladıktan sonra mutlaka eksentrik hareketlerde protezin kontrolü gerekir. Erken temas ve takılma noktaları aşındırılarak giderilmelidir. Böylece protezin stabilitesi de sağlanmış olur.

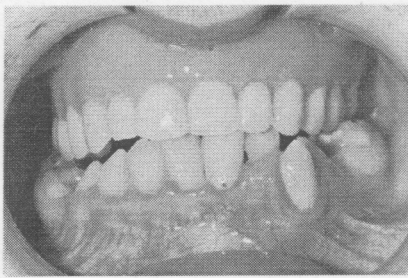
Plak kalınlığı 2mm'den az olmamalıdır. Kaide plağı materyali metal veya high impact akrilik olabilir.¹⁶

Aşırı rezorbe kretlerde orta palaten raphe sert ve çıkıntılı ise uygulanan yumuşak astar maddesi ile hem alveol kretlerinin aşırı basınç alması ve irritasyonu, hem de kaide plağı kırılmaları önenebilir. Ancak yumuşak astar materyali de esas akrilik kaidenin ince olmasına sebep olacağından kırılma oluşabilir.¹⁶

Bu tip protezlerde porselen diş kullanımı tercih edilmez. Akrilik dişler ise zamanla aşınıp dikey boyut kaybına sebep olabilir. Şayet akrilik dişler kullanılacak ise akrilik dişlerin oklüzal yüzeylerine amalgam dolgu yapılarak aşınma önenebilir. Sertlikleri fazla olan akrilik dişler günümüzde kullanılabilir.¹⁶

Vakamızda hastadan alginat ölçü maddesi ile ilk ölçü alındı. Hazırlanan model üzerine özel ölçü kaşıkları yapıldı. Yeşil çubuk stençle kaşık kenarları çevre dokulara göre uyumlandırıldı. Çinko oksit öjenol ölçü maddesi ile alınan ikinci ölçüden sert alçı ile model hazırlandı. Protez geleneksel metodlarla bu model üzerinde tamamlandı. Özellikle alt doğal dişlerle uyumlu bir oklüzyon oluşmasına dikkat edildi. Erken temas noktaları ve oklüzal engellemeler düzeltildi. Protezin takılmasını takiben üç defa haftalık sonradan aylık kontroller yapıldı (Resim 6). Kaide plağının mukozayı irrite ettiği yerler düzeltildi. Aşırı underkat ve torus yerleri olmadığı için yumuşak astar maddesi kullanılmadı.

Estetik, fonetik ve fonksiyon açısından oldukça problemlili olan hasta protez takıldıktan sonra toplum içinde daha rahat olduğunu ifade etti.



Resim 6. Hastanın üst total protez yapıldıktan sonraki ağız içi görünümü.

KAYNAKLAR

1. Oral Maxillofacial Pathology, Neville BRAD W., Damm Douglas D. Allen Carl M., W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995.
2. Oral Pathology, Shafer William G., Hine Maynard K., Levy Barnet M., W.B. Saunders Company, Philadelphia 1983.
3. Chen SY. Thakur A; Miller AS. Harwick DR.Rhabdomyosarcoma of the Oral Cavity. Report of four cases. Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol Endod. 1995, Aug 80 (2) P:192-201.
4. Malkin D, Li FP, Strong LC, et al. Germ-line mutations in a familial syndrome of breast cancer, sarcomas, and other neoplasms. Science 1990; 250:1233-8.
5. Enzinger, F.M., Weiss S.W: Soft Tissue Tumors C.v. Mosby, St.Louis pp. 448-488, 1988.
6. Llyd, R.V., Hajdu, Sband Knopper, W.H.: Embryonal Rhabdomyosarcoma in Adults. Cancer, 51: 557-565, 1983.
7. Horn RC Jr.Enterline HT. Rhabdomyosarcoma a clinicopathological study and classification of 39 cases. Cancer 195; 11: 181-199.
8. Hajdu S.I Pathology of soft tissue tumors. Philadelphia: Lea-Febiger, 1979: 325-52.
9. Enzinger FM, Shiraki M.Alveolar rhabdomyosarcoma: an analysis of 110 cases-Cancer 1969: 24: 18-31.
10. Patton RB, Horn RC. Rhabdomyosarcoma. Clinical and pathological features and comparison with human fetal and embryonal skeletal muscle. Surgery 1962 152: 572-84.
11. Stobbe GD, Dargeon HW. Embryonal rhabdomyosarcoma of the head andneck in children and addecents. Cancer 1950; 3: 826-36.
12. Maurer HM, Gehon EA, Beltangady M, et al. The intergroup rhamdomyosarcoma study-II. Cancer 1993; 71: 1904-22
13. Turfaner M. Dişhekimliğinde yumuşak kaide maddeleri. İ.Ü. Diş Hek. Fak. Derg. 1972: 6: 256-65.
14. Dalkız M. Baydemir B.Eser K. Oruç S, Akbay T. A.Ü. Diş Hekim. Fak. Derg 1992, 19: 99-105.
15. Ellinger CW. Rayson JH, Henderson DB Single complete dentures J. Prosthet dent 1971 26: 4-10.
16. Çalikkocaoğlu S. Tam protezler 1998 İst. 3.Baskı :677-80, 743-52.7