

## MANDİBULER ODONTOJENİK MİKZOMA\* (Olgu Raporu)

Yrd.Doç.Dr.Hasan BOĞA\*\* Yrd.Doç.Dr.Sadık KÖYOĞLU\*\*\*

### ODONTOGENİK MYXOMA

#### SUMMARY

The odontogenic myxoma of the jaw is a benign, locally aggressive and nonmetastasizing tumor. It is rarely seen and mostly mandible is affected. Tumor is aysmtomatic. Swelling and asymmetrical appearance on face, loosening of teeth, malocclusion, root resorption, rarely paresthesia, hyposensibility, anesthesia are ocured on the further periods. Radiographically, tumor is usually a radiolucent multioculer lesion with the appearance of soap-bubble or honeycombed trabeculations. The origin of the tumor is still discussed and although it is invasive, considered as a benign tumor. The treatment is conservative surgery and the patient should be followed for at least 2 years, because this the period whicp neoplasm is most likely to recur.

**Key Words:** Odontogenic myxoma.

#### ÖZET

Çene kemiğinin odontojenik mikzoması benign, lokal agresiv gelişen ve metastaz göstermeyen bir tümördür. Oldukça nadirdir ve daha çok mandibula etkilenir. Asemptomatik olarak gelişir. Heriki dönemlerde şişlik, yüzde asimetri dişlerin kaybı, oklüzyon bozukluğu, kök rezorbsiyonu, nadiren parestezi ve hiposensibilite söz konusudur. Radyolojik olarak bal peteği, sabun köpüğü ve multiloküler radiolüsensiler izlenir. Orijini tartışmalı olan tümör invaziv olmasına karşın iyi huylu olarak düşünülür. Tedavisi konservatif cerrahidir ve hasta neoplasmanın nüks edebileceği en az 2 yıllık bir period içinde takip edilmesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Odontojenik mikzoma

#### GİRİŞ

Çene kemiğinin odontojenik mikzoması iyi huylu, lokal agresif ve metastaz göstermeyen bir tümördür.<sup>10</sup> Esas olarak kalbin sol atriumunda yada kemikte merkez bulunan mikzomalar bazen deri, larinks ve subkutan dokularda da meydana gelebilirler.<sup>6</sup> Kemikteki en fazla yaygın lokalizasyonu mandibula ve maksilladır.<sup>15</sup>

Nadir bir lezyon olan mikzomalar iskeletin diğer kemiklerinde maksilla ve mandibuladan çok daha az oranda görülürler. Odontojenik mikzoma genellikle hayatın 2. ve 3. dekadında olan gençlerde ve genç erişkinlerde meydana gelmesine karşın, çocuklar ve yaşlı kimselerde de oluşabileceği bildirilmiştir.<sup>23</sup> Ancak 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülmesinin oldukça ender olduğunu rapor etmişlerdir.<sup>5, 10, 12, 18, 23</sup>

Tümör predominant semptom olarak gizli şişliğin yavaş ilerlemesiyle asemptomatik olarak gelişir.<sup>8, 9, 20, 22</sup> Diğer bulgular arasında dişlerin kaybı, maloklüzyon, kök rezorbsiyonu ve nadiren anestezi, parestezi ve hiposensibilite söz konusudur.<sup>6, 10</sup> Radyolojik olarak bal peteği ya da sabun köpüğü görünümü veren odontojenik mikzomalar multiloküler veya uniloküler radyolüsensi şeklinde de bir görünüm verebilirler.<sup>6, 10, 23</sup> Cuestas ve; Carnero uniloküertipin multiloküler çeşidinden daha az destrüktif davrandığı bildirilmiştir.<sup>10</sup> Lokal

olarak invazyon göstermesine karşın tümör iyi huylu olarak düşünülür. Ancak yüksek nüks oranına sahiptirler.<sup>16-18, 25</sup> Odontojenik mikzoma için en uygun tedavi konservatif cerrahidir. Konservatif tedavinin başarılı olmadığı ve çeneleri tamamen kaplıyan olgularda geniş rezeksiyonlar yapılmalıdır.<sup>17</sup> Hangi cerrahi yaklaşım uygulanırsa uygulansın olguların en az iki yıl takibi gerektirdiği ve en fazla bu dönemde nükslerin oluşabileceği vurgulanmaktadır.<sup>10</sup> Preoperatif radyasyon tedavisine cevap vermeyen odontojenik mikzomaların malign transformasyon riskinin yüksek olduğu vakalarında geniş rezeksiyonlar yapılmalıdır.<sup>10</sup>

#### OLGU

3.10.1990 tarihinde sağ çenede geçmiyen şişlik öyküsü ile D Ü Dişhekimliği Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Kliniğine başvuran 28 yaşındaki F.A. isimli bayan hasta anemnezinde yaklaşık bir yıl önce sol mandibuler 1.molar dişinde önce ağrı oluştuğunu, daha sonra bir şişme meydana geldiğini bu arada ilaç kullandığını, ancak mevcut olan şişliğin geçmediğini ve yavaş yavaş arttığını belirtti. Sorgulamada sistemik yönden herhangi bir olumsuzluğuna rastlanmadı.

\* Oral Cerrahi Derneği I. Bilimsel Toplanısında Tebliğ edilmiştir. 4-8 Mayıs 1994- Girne / KIBRIS

\*\* Adana Numune Hastahanesi Dişhekimisi.

\*\*\* Dicle Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerr. A.B.D. Öğretim Üyesi.

Hastanın yapılan klinik muayenesinde yüzde asimetri (Resim 1) sol alt santral dişten başlayıp alt sol 3.molara kadar uzanan kırmızımsı kahverengi renkli kabarık kitle saptandı. Vestibül sulkusta sıklık ve 1. ve 2. premolar dişlerinin kitle ile birlikte yukarıya doğru fırladığı tespit edildi (Resim 2).

Panoramik grafinin radyolojik olarak incelenmesinde ise sol mandibuler santral dişten 3.molar dişe doğru seyreden multilokuler radyolüsen ve 1-2. premolar dişlerinin havada yüzer konumda olduğu görüldü (Resim 3).

Operasyondan önce hastadan odontojenik mikzoma ön tanısıyla eksizyonel biyopsi yapıldı ve histopatolojik tanı odontojenik mikzoma olarak değerlendirildi (Resim 4). Sistemik bir rahatsızlığı bulunmayan hasta lokal anestezi altında operasyona alınarak kitle tamamıyla enükle edildi (Resim 5). Operasyon sırasında mental sinir korundu (Resim 6). Çok odaklı olan lezyondaki tüm odaklara tek tek girilerek patolojik kitle temizlendi (Resim 7).

Bölgedeki tüm dişlerin çekimi yapıldıktan sonra, çevre dokular kotere edildi ve bölge primer olarak kapatıldı (Resim 8). Yapılan periodik radyografik kontrollerde iyileşmenin olumlu olduğu gözlemlendi (Resim 9-10) Hasta 5 yıla yakın takipte olup herhangi bir nüks tespit edilmemiştir.



Resim 1. Hastanın ekstraoral görünümü.



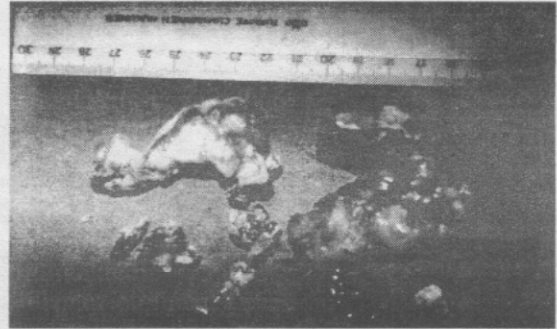
Resim 2. Hastanın intraoral görünümü.



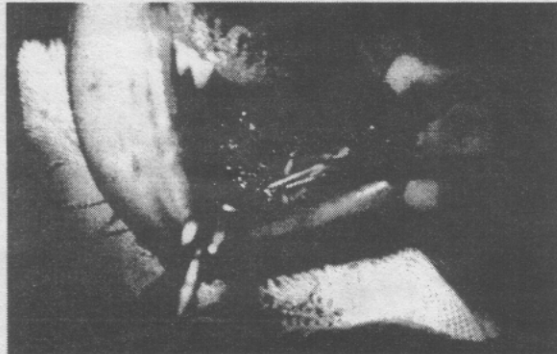
Resim 3. Patolojik kitlenin panoramik görünümü.



Resim 4. Kitlenin histopatolojik görünümü (H/EX 6,3).



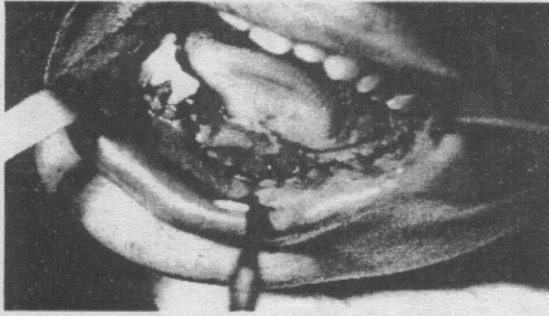
Resim 5. Çıkarılan kitlenin makroskopik görünümü.



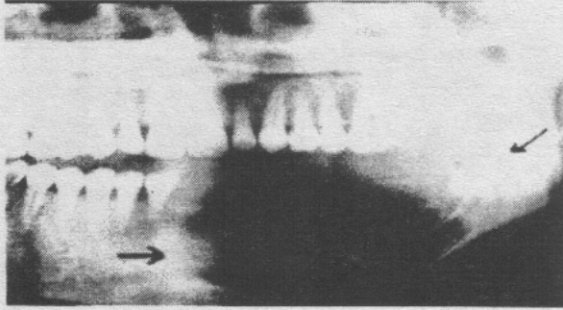
Resim 6. Korunmuş mental sinirin görünümü.



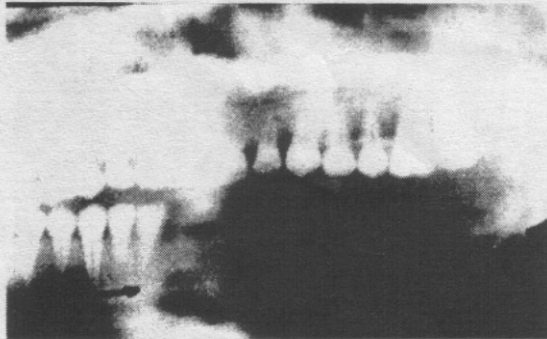
Resim 7. Lezyonun operasyon sırasındaki multiloküler görünümü.



Resim 8. Operasyondan sonraki görünüm.



Resim 9. Operasyondan 1 yıl sonraki radyolojik görünüm.



Resim 10. Operasyondan 2 yıl sonraki radyolojik görünüm.

## TARTIŞMA

Çenelerin odontojenik mikzomasının orijini hala tartışmalıdır. Dental papilla dental follükül yada periodental ligamentten gelişebileceği veya hepsinden kaynaklanabileceği vurgulanmıştır. Histolojik tanı genellikle mikzomalar için bir problem oluşturmamaktadır.<sup>6</sup>

Histopatolojik olarak mikzoma mekik şeklinde ve yıldız şeklinde hücrelerden yapılmıştır. Bunların pek çoğunun fibriller uzantıları vardır. Tümör selluler yanında değildir ve hücrelerde aşikar bir aktivitesi yoktur. İntercellular madde mukoiddir tümör dokusuna birçok ince kapillerler serpilmiştir. Bazen kollagen demetler bulunur. Bazen de odontojen epitel kümelerine rastlanır.

Slootweg<sup>24</sup> ve Prout<sup>21</sup> santral mikzoma hastalarının küçük bir miktarında bulunan odontojenik epitelin tümörün gelişmesinde önemli olmadığını ve fötüse ait bir artık olarak değerlendirildiklerini belirtmişlerdir. Aynı otörler odontojenik mikzomanın orijin hücresinin spesifik veya normal bir fibroblast olduğunu savunmuşlardır.

Gundlanch,<sup>14</sup> Harrison,<sup>15</sup> Alderson<sup>1</sup> ve Auriol<sup>3</sup> ise çene mikzomasının odontojenik dokulardan meydana geldiğini savunurlarken bu durumun olgunlaşmamış mezodermal odontojenik epitelinden geliştiği şeklinde açıklamışlardır.

Odontojenik mikzomanın tedavisi için seçilecek en iyi yol cerrahi yaklaşımdır. Bir grup araştırmacı çene kemiklerinin odontojenik mikzomalarının tedavisinde radyasyon kullanılmasını pek tavsiye etmezler.<sup>13,19,25</sup> Ancak Attie ve arkadaşları,<sup>2</sup> Fletcher ve Jesse,<sup>11</sup> Busche ve Galante<sup>7</sup> ise preoperatif radyasyon kullanımının tümörü küçülterek etrafındaki canlı yapılardan ayrılmasını sağladığını ve tümör tamamen çıkarılırken cerrahi sınırlarının daha kesin belirlenmesine yardımcı olduğunu vurgulamışlardır.

Fletcher ve Jesse<sup>11</sup> odontojenik mikzomanın periferinin, kan stoğundan zengin olması ve oksijenasyonun daha iyi olması nedeniyle santral bölgelerde daha radyosensitif olduğunu belirtmişlerdir.

Buschke ve Galante<sup>7</sup> tümörün lokal invazyon gösterdiği ve çeneleri bütünüyle kapladığı olgularda preoperatif radyasyon uygulanabileceğini söylemişlerdir. Ancak radyasyonun dikkatli kullanılması gerektiğini, dozaj limitinin ve cerrahi müdahale ile radyasyon arasındaki aralığın dikkatli planlanarak vasküler yapılara, konnektif dokulara ve yara sağlığına müdahale ederek zarar vermektan kaçınılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Olgumuzda tümör cerrahi olarak bütünüyle çıkarılmış ve çevre yumuşak dokular da kotere edilerek primer kapatılmıştır. Odontojenik mikzomalar yüksek nüks oranı nedeniyle uzun süreli takipler gerektirmektedirler. Olgumuzda 5 yıllık takibimiz sonucunda herhangi bir nüks eğilimi görülmemiştir.

### KAYNAKLAR

1. Alderson GL. Myxoma of the maxilla and mandible. Paper presented at the Thirteenth Annual Meeting of A A O P April, 1976, Atlanta G A.
2. Attie JN, Catania A, Brenner S. Myxoma of the maxilla: Preoperative irradiation to facilitate resection Am J Roengenol 1966; 96: 19.
3. Auriol A, Chemette G, Martino R, et al. Myxome Odontogene. Etude histolenzymologique et ultrastructurale. A propos de 5 observations. J Biol Buccale 1986; 14: 215.
4. Baran S. Oral patoloji. Gazi Üniv Diş Hek Fak Yayınları, 1.Baskı. 1982: 115.
5. Barros RG, Dominques FW, Cabrini RL. Myxoma of the jaws. Oral Surg 1969; 27: 225.
6. Buccci E, Lo muzio L, Mignogna MD, De rosa G. Odontogenic myxoma-Report of case with peculiar features, J Oral Maxillofac Surg 1991; 49: 91-94.
7. Buschke F, Galante M. Radical preoperative roentgen threapy in primary inoperable advanced cancers of head and neck. Radiology 1959; 73: 845.
8. Byrd DL, Kindrick RD, Dunsworth AR. Myxoma of the maxilla. J Oral Surg 1973; 31: 123.
9. Cawson RA. Myxoma of the mandible with a 35 year fallow up. BR J Oral Surg 1972; 10:50.
10. Cuestas-Carnero R, Bachur RO. Genderman H. Odontogenic myxoma:Report of case. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46: 705-9.
11. Fletcher GH, Jesse RH. Contribution of super voltage roentgenothreapy to integration on of radiation and surgery in head and neck squamous cell carcinomas. Cancer, 1962; 15: 566.
12. Ghosh, BC, Huvos AG, Gerold FP et al. Myxoma of the jaw bones Cencer, 1973; 31: 237.
13. Gorlin RJ, Chaudhry AP, Pindborg JJ. Odontogenic tumors. Classification, Histopathology and clinical behavior in man and domesticated animals. Cancer 1961; 14-73.
14. Gundhach KH, Schulz H. Odontogenic myxoma. Clinical concept and morphological studies. J Oral Pathol, 1977; 6: 343.
15. Harrisson SB. Odontogenic myxoma.Ultrastructural and histochemical studies. J Clin Pathol 1973; 26: 570.
16. Hasleton PS, Simpson W, Craig RPD. Myxoma of the mandible. A Fibroblastic tumor. Oral Pathol, 1978; 46: 396.
17. Killey HC, Kay LW. Fibromyxoma of the jaws. Br J Oral Surg 1965; 2: 124.
18. Kongur TT, Dahlin DC, Turlington EC. Myxomatous tumors of the jaws. J ORal surg, 1975; 33:523.
19. Large ND, Niebel HH, Fredricks WH. Myxoma of the jaws. Report of two cases. Oral Surg 1960; 13: 1462.
20. Pindborg SS, Hjorting-Hansen E. Atlas of disease of the jaws. Oral Surg 1958; 11: 1069.
21. Prout RES, Hodson JJ. Analysis of the mucopolysaccharide of a myxoma of the mandible. Nature 1968; 218-9.
22. Rao TV, Roa KS. Central myxoma of the mandible in a child. J Oral Surg 1974; 32: 617.
23. Shafer, WG, Hine MK, Levy GMA. Textbook of oral pathology. 3th Ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 1983.
24. Slootweg PJ, Van De Bos T, Straks W. Glycosaminoglycans in myxoma of the jaws. A biochemical study. J Oral Pathol 1985; 14: 229.
25. Zimmerman AC, Dahlin DC. Myxomatous tumors of the jaws. Oral Surg 1958; 11:1069.