

Maksiller Kemiğin Odontojenik Miksoması ve Cerrahi Tedavi Yaklaşımları

Odontogenic Myxoma of the Maxilla and Surgical Treatment Approaches

İbrahim Aladağ¹, Abdulkadir İmre², Ercan Pınar¹, Hale Arslan¹, Demet Etit Arıkan³

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı
²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği
³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. İbrahim Aladağ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı

E-mail:

ibrahimal@hotmail.com

Tel: 0 532 7232553

Özet

Miksomalar; hem yumuşak dokuda hem de iskelet sisteminde görülen iyi huylu, ancak, komşu yapılarda destrüksiyonlar ve çevresel invazyonlar oluşturan tümörlerdir. İskelet sisteminde nadir görülürler ve daha çok alt çene kemiğinde yerleşirler ve genellikle odontojenik kökenlidirler. Bulgular tümörün lokalizasyonuna göre değişiklik göstermekte ve genellikle çevresel basıya bağlı ortaya çıkmaktadır. Yetersiz cerrahi sınır bırakıldığında yüksek nüks oranları göstermektedirler. Önerilen tedavi malign bir tümör gibi çevre sağlam dokular ile tümörün çıkarılmasıdır. Bu yazıda, ilk cerrahi sonrası kısa sürede nüks eden, maksiler yerleşimli bir miksoma olgusu güncel literatür bilgileri eşliğinde sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Miksoma, rekurrens, cerrahi tedavi

Abstract:

Myxomas are considered to be a benign tumor generates from both soft tissue and skeletal system but that causes destruction and invasion of adjacent tissues. They are rare in skeletal system and mostly settled in the mandible and usually have been considered to be a neoplasm of odontogenic origin. Symptoms and signs frequently depend on the localization and environmental suppression of the tumor. The high recurrence rate is inevitable if surgical margins are inadequate. Recommended treatment is the excision of the tumor with surrounding solid textures like a malignant tumor. In this article, we present a case which recurred in a short period after first surgery, with placements of up to date literature information.

Key Words: Myxoma, recurrence, surgical therapy

Giriş

Miksomalar mezenşimal dokudan köken alan, kapsülsüz, iyi huylu tümörlerdir. Nispeten nadir görülürler ve genellikle yumuşak dokular olmak üzere vücudun her yerinde ortaya çıkabilir (1). Kemik doku tutulumu sıklıkla çene kemiklerinde olur ve mandibuler tutulum daha fazladır. Çenelerde görülen miksomaların genellikle odontojenik kökenli olduğu düşünülmektedir. Odontojenik miksomaların, dental ve peridental yapılardan primer kaynaklandığını yönündeki görüşler ağır basmakla beraber, embriyojenik bir kalıntı veya primer fibroma sekonder oluştuğunu savunan araştırmacılar da vardır (2).

OM, ameloblastomadan sonra görülen ikinci en sık odontojenik tümördür ve odontojenik tümörlerin yaklaşık % 1-19'unu oluşturur. Kadınlarda daha sık görülür ve olguların çoğu 20 ila 40 yaşları arasındadır. Çoğunlukla asemptomatik seyretmesine rağmen, özellikle yumuşak doku invazyonuyla ilişkili olarak ağrı ve his kaybı görülebilir. Lezyona komşu alanlarda ülserasyonlar ve dişlerde hareketlenme ortaya çıkabilir (2).

Tümör radyosensitif değildir ve tek tedavi seçeneği tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Ancak benign natüre sahip olmasına rağmen, sadece tümörün çıkarılması (küretaj) veya sınırlı rezeksiyonlar sonrası yüksek oranlarda nüks görülmektedir. Bu nedenle önerilen tedavi komşu sağlam doku ile beraber tümörün çıkarılmasıdır (1, 3).

Olgu Sunumu

Otuz yedi yaşında tekstil atölyesinde çalışan erkek hasta, 1 ay önce sağ üst iki dişinde hareketlenme nedeniyle diş hekime gitmiş ve bu dişler çekilmiştir. Sonrasında diş çekim yerinde ortaya çıkan kitlesel lezyon nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiştir.

Sorgulandığında, mevcut şikâyetine ek olarak hastanın son 3 aydan beri burnun sol tarafında tıkanıklığının oluştuğu ve rahat nefes alamadığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde; sağ nazal lateral duvarın septuma yapışacak şekilde bombeleştiği, sağ üst 3. premolar ve molar dişlere uyan bölgede 2x3 cm lik geniş ülsero-vejetan lezyon tespit edildi (Resim 1). Radyolojik olarak (BT, MRI), bu lezyonla ilişkili sağ maksiller sinüsü tamamen dolduran, sinüs duvarlarında ekspansiyon ve lizise yol açan, nazal kaviteye, retromaksiller alana, pterigopalatin fossaysa ve orbital kaviteye uzanım gösteren kitle görüldü (Resim 2, 3). Bu lezyondan alınan ilk insizyonel biyopsinin granülasyon dokusu olarak gelmesi üzerine üst çenedeki lezyondan sinüs içine doğru daha derin biyopsi alındı (benign miksoid mezenşimal tümör).

Resim1: Diş çekimi sonrası ortaya çıkan ülsero-vejetan lezyon (intraoperatif görüntü).



Resim 2, 3: A: Aksiyal, B: koronal BT kesitlerinde; sağ maksiller sinüsü tamamen dolduran, sinüs duvarlarında ekspansiyon ve lizise yol açan, nazal kaviteye, pterigopalatin fossaya, orbital kaviteye uzanım gösteren kitle



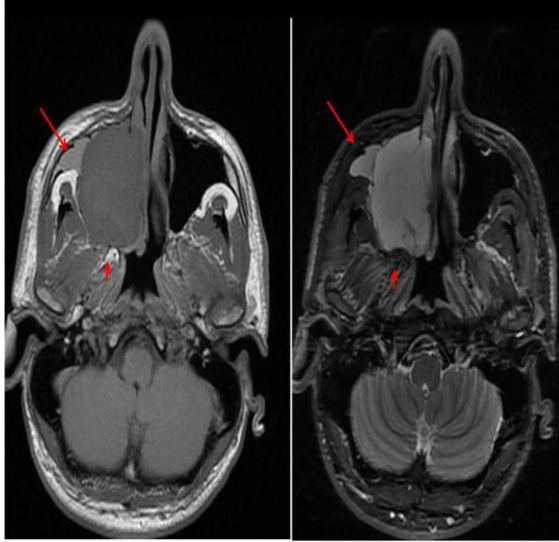
Resim 4: Maksiller sinüs ön duvarındaki defekten tümörün görünümü



Literatür bilgileri ışığında hastanın klinik bulguları değerlendirilerek, hastaya sınırlı bir cerrahi planlandı. Caldwell-Luc yaklaşımıyla flep altından defektik maksiler sinüs ön duvarı ve kitle üzeri düşüldü (Resim 4). Kistik içerik boşaldığında küçülen kitlenin, küt disseksiyonla alt sınır haricinde çevre dokulardan kolayca ayrıldığı gözlemlendi. Kemik yapıya dokunulmadan, ağız içi lezyon çevresel 0,5 cm sağlam doku ile beraber tümör en blok çıkartıldı (Resim 5). **Resim 5:** kitlenin çıkarılması sonrasında bukkal flep ile ağız içi defektin onarımı.

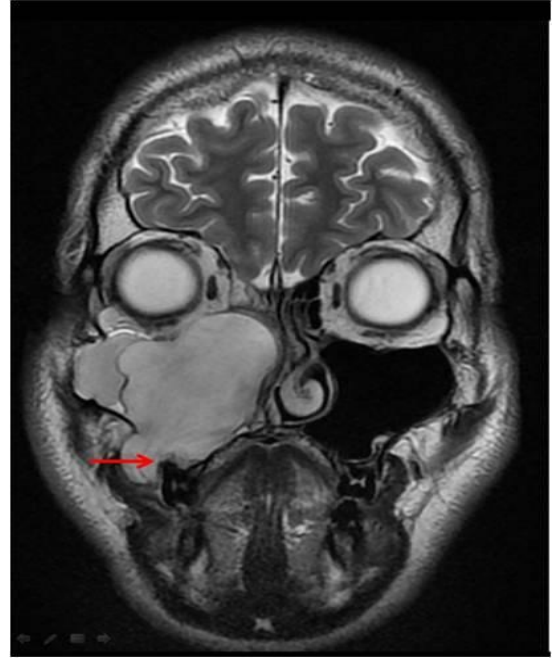


Resim 6, 7: A: SE T1A, B: Yağ baskılı T2A aksiyal plan kesitlerde sağ maksiller sinüs dolduran, kemik duvarları ekspanse eden pterigopalatin fossa içeriğine bası oluşturmuş (kısa ok) T1A orta sinyal, T2A yüksek sinyalli homojen kitle, lateralde proteinden zengin içerik ile uyumlu her iki sekansta yüksek sinyalli materyal (uzun ok).



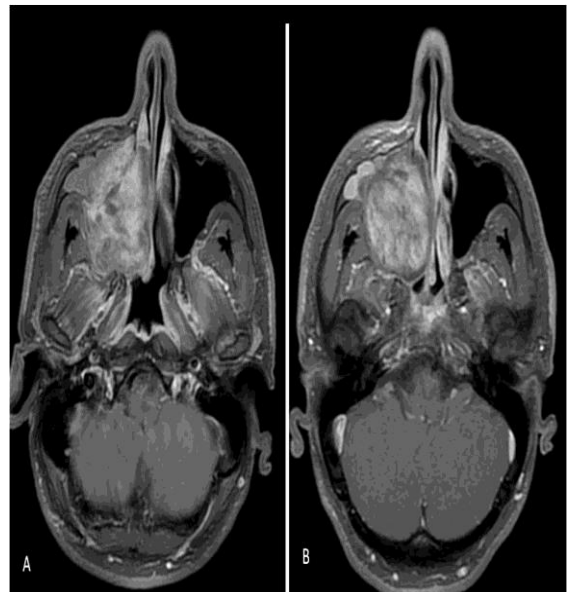
Sinüs üst ve arka duvarı kitlesel etkiye bağlı olarak defektifdi. Kemik yapılar ve kavite içindeki 1 ve 2. premolar diş kökü çevresi turlandı. Ağız içi defekt bukkal flep yardımıyla primer kapatıldı. Cerrahi sonrası kontrolden çıkan hasta, postoperatif 4. ayda aynı bölgede dolgunluk ve ağrı şikâyetiyle kliniğimize tekrar başvurdu. Bu dönem radyolojik değerlendirmeleri, kitlenin cerrahi tedavi öncesi boyutlarına ulaştığını göstermekteydi (Resim 6,7). Bunun üzerine hastaya Weber Ferguson insizyonu kullanılarak orbital tabanın da dâhil edildiği subtotal maksillektomi yapıldı (Resim 8,9).

Resim 8. Koronal plan SE T2A kesitte; sağ maksiller sinüsü ekspanse eden kitlenin, inferiorda periodontojenik alandan kaynaklandığını gösteren, molar diş kökü çevresinde kemik doku kaybı (ok).



Orbital taban polipropilen mesh ile desteklendi. Damak defekti, Intraopretatif obturatör protez ile kapatıldı (Resim 10,11,12). Cerrahi spesimenin histopatolojik incelemesi ilkinde benzer olarak raporlandı (Resim 13). Postoperatif 9. ayda nüks görülmedi (Resim 14).

Resim 9: İV paramanyetik ajan sonrası axial kesit, A; ilk cerrahi öncesi, B; ilk cerrahiden 4 ay sonra sinüsü dolduran kitlede heterojen iyi derecede kontrastlanma deseni görülmekte.



Resim 10: Orbital tavanı da içeren subtotal maksillektomi sonrası cerrahi saha.



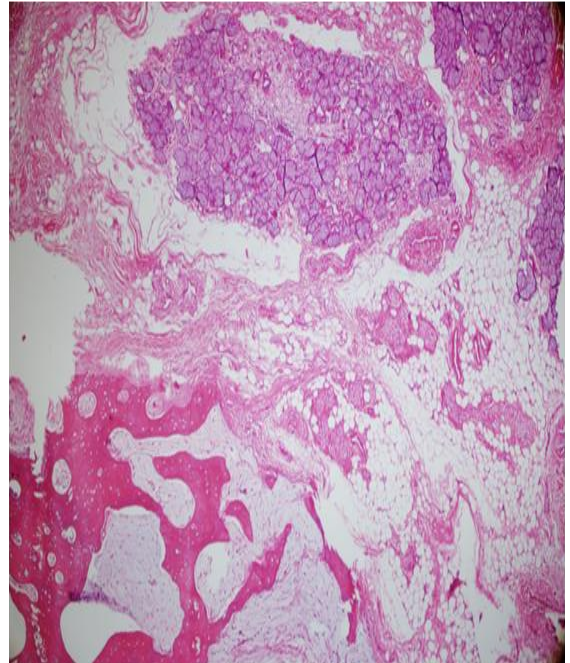
Resim 11: Kitle ile beraber subtotal maksillektomi materyali

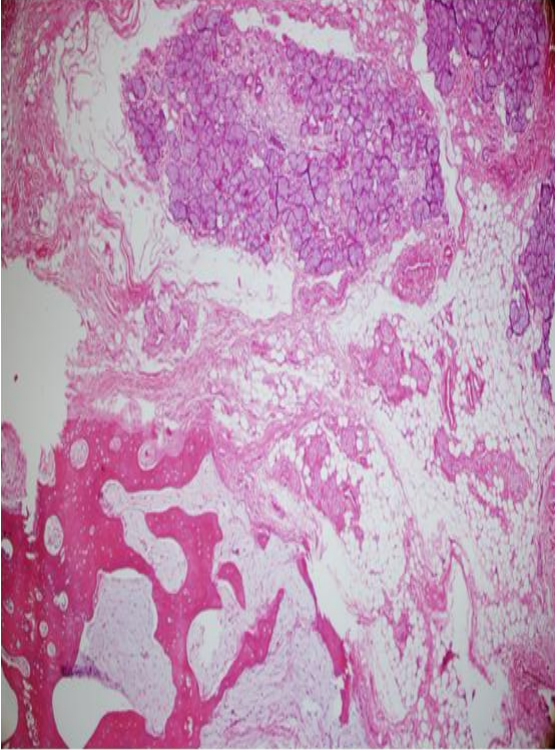


Resim 12: Cerrahi defekt full thickness cilt flebi ile kaplı, furasinli tampon üzerinde orbital tavan defekti tamirinde kullanılan polipropilen match, altında obturatör protez görülmektedir.



Resim 13 (a,b): Hematoksilen Eozin X10: Minör tükürük bezleri içeren alanda kemik trabekülleri içerisine infiltre miksoid matriksten zengin tümöral proliferasyon.





Resim 14: Postoperatif yirminci günde olguya ait resim



Tartışma

Odontojenik miksomalar, hemen daima çene kemiklerinde görülen, dental papilla folikülleri veya peridontal ligamandan köken aldığı düşünülen, nadir görülen iyi huylu ekto-mezenşimal tümörlerdir. Histopatolojik olarak bu tümörler bol myxoid stroma içerisinde dağınık yerleşim gösteren undiferensiye spindle hücreler şeklinde görülmektedir. Olguların çok küçük bir kısmında tümör içerisinde odontojenik epitele rastlanırken, hemen daima tümör diş köklerine komşu alanlarda ortaya çıkar. Stroma hücresel eleman oranları farklılıklar gösterebilir (2).

Mandibuler kemik tutulumu maksiler kemiğin yaklaşık 2-3 katıdır. Ancak, gerek üst çene gerekse alt çenede olsun tümör genellikle arka dişlere yakın bölgelerden köken almaktadır (1). Tümörün, yıllar içerisinde yavaş bir büyüme gösterdiği kabul edilmektedir. Ancak literatürde hızlı büyüme gösteren, daha agresif seyirli, az sayıda olgu da bildirilmiştir (2,4,5). Ancak, rekürrens olgularda daha hızlı bir büyüme paterni kazanıp kazanmadığı literatürde tanımlanmamıştır. Ayrıca tekrarlayan rezeksiyonlar sırasında malign transformasyon göstermiş bir olgu bildirilmiştir (6). Olgumuzda ilk cerrahi sonrası 4 ay içerisinde tümörün eski boyutlarına ulaştığı görülmüştür. Ancak, hızlı büyümeyi açıklayacak mitotik aktivite artışı veya malign transformasyon bulguları histopatolojik olarak tespit edilmemiştir (Resim 14).

Literatürde tümörün genellikle semptomsuz seyrettiği ve rastlantısal olarak tespit edildiği dile getirilmiştir. Bununla birlikte, kemik destrüksiyonu yaparak yumuşak doku invazyonu yapan olgular az değildir. En sık görülen bulgu

olan ağrı, basıya bağlı ortaya çıkar ve genellikle yumuşak doku invazyonunun miktar ve lokalizasyonuna bağlı olarak farklı karakterlerde ortaya çıkabilir. Yine tümöre bağlı yüz ve çenelerde ekspanif kitleler ve şekil bozuklukları görülebilir. Tümöre komşu alanlarda ülserasyonlar ve değişik derecede yangısal reaksiyonlar oluşabilir. Maksiler kemik yerleşimli lezyonlarda tümör maksiler sinüs içerisine büyüme eğilimindedir. Yeterli büyüklüğe ulaşınca komşu duvarlarını destrükte etmesi beklenen bir durumdur (2). Olgumuzda, ağrının hiç olmadığı, ilk görülen bulgunun tümörün itmesine bağlı olarak sağ nazal pazajın kapanması ve buna bağlı olarak gelişen burundan nefes alma güçlüğü olmasına rağmen bu bulgunun gözden kaçtığı görülmektedir.

Radyolojik olarak OM, kemik içerisinde uniloküler veya multiloküler, iyi sınırlı radyolüsen alanlar olarak görünürler. Bal peteği veya tenis raketi görünümü sık görülür ve kortikal bölge sıklıkla ekpanse olmuş ve komşu dişler yer değiştirmiştir. Nadiren diş köklerinde resorbsiyon görülebilir (7). Olgumuzda tümörün ilk görüntülemesinde sağ maksiler kemiği destrükte ederek, ipsilateral sinüsü tamamen doldurduğu tüm duvarlarında değişik oranlarda destrüksiyonlar yaparak orbital bölge ve pterigopalatin fossaya invaze olduğu görülmektedir.

Odontojenik miksomaların ayırıcı tanısında bu bölgenin tüm primer veya metastatik malign tümörleri ve ameloblastomlar, interosseos hemanjiyomlar, anevrizmal kemik kistleri, santral dev hücreli granülom, metastatik lezyonlar ve basit kemik kistleri gibi benign tümörleri düşünülmelidir. Tanıda biyopsi gereklidir. Tümöre komşu alanlarda ortaya çıkan ülserasyon veya enflame dokulardan yapılacak patolojik

incelemeler yanıtıcı olabilir. Tanı için biyopsi gereklidir ve kitle içinden yapılmalıdır.

Literatürde, tek başına küretaj veya küretaj ile birlikte yapılan periferik segmental rezeksiyonlardan daha radikal rezeksiyonlara uzanan farklı cerrahi tedaviler bildirilmiştir. Takibi yapılabilen sınırlı sayıda olguda, rekürrenslerin hemen daima konservatif cerrahi yapılan olgularda ortaya çıktığı görülmektedir (1). Leiser ve ark. Klinik tecrübelerine dayanarak, solid yapıdaki tümörlerde ve kısa süre içerisinde büyüme göstererek agresif seyredenlerde 0,5-1 cm'lik sağlam doku sınırıyla beraber lezyonun çıkarılmasını önermektedirler (1). Rekonstrüksiyon cerrahiden hemen sonra yapılabileceği gibi, nüks takibinin yapılabileceği belli bir süre bırakılarak ikincil bir cerrahiyle de uygulanabilir. 5 cm den küçük kemik defektleri buccal fleplerle (maksiler defektlerde) veya iliak kemik greftlerle rekonstrükte edilebilir (8). Daha büyük defektlerde, çoğunlukla obturatör protezler tercih edilmektedir (9). Mandibuler defektlerde, vaskülerize serbest fibuler flep veya skapuler greftler, iliak krest ve kostokondral greftler tanımlanmıştır (10, 11, 12, 13). Bununla birlikte, özellikle büyük tümörlerde, yüksek nüks oranları nedeniyle rekonstrüksiyonun geciktirilmesi önerilmiştir (1). Maksiler tümörlerde cerrahisi sonrası erken protezlendirme ile konuşma, yutma ve çiğneme fonksiyonlarının devamlılığı sağlanabilir. Rekürrens açısından hastalar en az 2 yıl takip edilmelidir (14).

Odontojenik miksomalar, yüksek nüks oranları nedeniyle benign tümör cerrahisinden daha geniş rezeksiyonlar gerektiren tümörlerdir. Tümör çevresel kemik invazyonları yapar. Bu nedenle,

tümörün en az 1 cm'lik sağlam dokuyla beraber çıkarılması önerilmektedir. Özellikle tümörün köken aldığı perialveolar bölgede radyolojik sınırların net ortaya konması önemlidir. Erken dönemde konuşma ve çiğneme fonksiyonlarını sağlaması ve tümör rekürrens alanının kolay takibi nedeniyle cerrahi sonrası geniş defekt oluşturan maksiler kemik odontojenik miksomalarda, rekonstruksiyon obturatör protezler ile yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Leiser Y, Abu-El-Naaj I, Peled M. Odontogenic myxoma--a case series and review of the surgical management. *J Craniomaxillofac Surg.* 2009;37(4):206-9.
2. Simon EN, Merx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33(4):333-7.
3. Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD. Odontogenic myxoma of the jaws: a clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;82(4):426-33.
4. Gandra YR, de Abreu EM, di Hipolito O, Consani S, Marquesini NN. Central myxoma of the mandible in a child: report of case. *J Oral Surg.* 1981;39(10):769-71.
5. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol.* 1997;26(5):299-303.
6. Pahl S, Henn W, Binger T, Stein U, Remberger K. Malignant odontogenic myxoma of the maxilla: case with cytogenetic confirmation. *J Laryngol Otol.* 2000;114(7):533-5.
7. Chuchurru JA, Luberti R, Cornicelli JC, Dominguez FV. Myxoma of the mandible with unusual radiographic appearance. *J Oral Maxillofac Surg.* 1985;43(12):987-90.
8. Ogütçen-Toller M, Sener I, Kasap V, Cakir-Ozkan N. Maxillary myxoma: surgical treatment and reconstruction with buccal fat pad flap: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2006;15;7(1):107-16.
9. Chiodo AA(1), Strumas N, Gilbert RW, Birt BD. Management of odontogenic myxoma of the maxilla. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;117(6):73-6.
10. Taylor CL, Satterthwaite JD(2). An alternative solution for a complex prosthodontic problem: a modified Andrews fixed dental prosthesis. *J Prosthet Dent.* 2014;112(2):112-6.
11. Shenaq SM, Klebuc MJ. The iliac crest microsurgical free flap in mandibular reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1994;21(1):37-44.
12. González García R, Rodríguez Campo FJ, Naval Gías L, Muñoz Guerra MF, SastrePérez J, Díaz González FJ. Mandibular odontogenic myxoma. Reconstructive considerations by means of the vascularized fibular free flap. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(6):531-5.
13. Tang YB, Hahn LJ. Major mandibular reconstruction with vascularized bone graft. *J Formos Med Assoc.* 1990;89(1):34-40.

14. Kawase-Koga Y, Saijo H, Hoshi K, Takato T, Mori Y. Surgical management of odontogenic myxoma: a case report and review of the literature. BMC Res Notes. 2014;5;7:214.

