

OLGU SUNUMU

Odontojenik miksona operasyonu sonrası oluşan patolojik fraktürün tedavisi: Olgu sunumu

Treatment of pathological fracture following odontogenic myxoma operation: A case report

Dt. Şeyma Alla

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A. D., İstanbul

Dr. Erol Cansız

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A. D., İstanbul

Doç. Dr. Sabri Cemil İşler

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A. D., İstanbul

Doç. Dr. Mehmet Ali Erdem

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A. D., İstanbul

Geliş tarihi: 13 Haziran 2016

Kabul tarihi: 17 Ağustos 2016

DOI: 10.5505/yeditepe.2016.29392

Yazışma Adresi:

Dt. Şeyma Alla

Adres: İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı,

Fatih/ İstanbul

Tel: 05063205027

E-posta: seymaalla@hotmail.com

ÖZET

Odontojen miksomalar, mezenkimal hücrelerden köken alan nadir görülen iyi huylu fakat lokal agresif tümörlerdir. Bu tümörlerin cerrahi tedavisi basit küretaj ve periferik ostektomiden segmental, marjinal veya radikal rezeksiyona kadar değişiklik gösterebilir. Bu çalışmada odontojenik miksona nedeniyle marjinal rezeksiyon uygulanan hastada operasyon sonrası gelişen patolojik fraktürün rekonstrüksiyon plağı ile tedavi edildiği 27 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Odontojenik miksona, patolojik fraktür, marjinal rezeksiyon.

SUMMARY

Odontogenic myxomas are rare benign but locally aggressive tumors originating from mesenchymal cells. Surgical management of these tumors can vary from simple curettage and peripheral ostectomy to segmental, marginal or radical resection. We present a case of treatment of mandibular pathological fracture with reconstruction plate after marginal resection of odontogenic myxoma in a 27-year-old male patient.

Key words: Odontogenic myxoma, pathological fracture, marginal resection.

GİRİŞ

Odontojenik miksomalar iyi huylu çene tümörleri olup tüm odontojenik tümörlerin %3-6'sını oluştururlar.^{1,2,3} Bu tümörler iyi huylu olmalarına karşın lokal agresif davranış gösterirler. Yaklaşık %25 nüks etme oranına sahiptirler.^{1,4,5} Genellikle 3. dekatta ortaya çıkarlar. Çocuklarda yetişkinlerden daha az görülmekle beraber aynı klinik ve histopatolojik özelliklere sahiptirler.¹ Mandibulada görülme oranı maksilladan daha fazladır.^{6,7} Bu tümörler yavaş büyümeleriyle karakterizedirler, çoğu olguda asemptomatik ekspansiyona neden olan kitleler olarak ortaya çıkarlar. Teşhis genellikle rutin radyografik inceleme sonrası konulur ve asemptomatik özelliklerinden dolayı tespit edilene kadar çok büyük boyutlara ulaşabilirler.^{3,6,8} Radyografide uniloküler veya

multiloküler görüntü verirler. Multiloküler lezyonlar “sabun köpüğü”, “tenis raketi” veya “bal peteği” olarak da tanımlanırlar.^{6,8} Lezyonun tedavisi enükleasyon, küretaj ve periferik ostektominin yanında, segmental, marjinal veya radikal rezeksiyonu da içerir.⁵ Odontojenik miksomalar kemiğe infiltre oldukları ve kapsüler yapıya sahip olmadıkları için enükleasyon ve küretaj gibi konservatif tedaviler sonrası nüks etme oranı yüksektir.^{5,6} Bu makalede odontojenik miksoma nedeniyle marjinal rezeksiyon yapılan bir hastada operasyon sonrası gelişen fraktürün rekonstrüksiyon plağı ile tedavisi sunulmuştur.

OLGU

27 yaşında erkek hasta İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na sağ mandibula posteriorda dişetlerinde çekilme şikayeti ile başvurmuştur. Alınan anamnezde hastanın 6 yıl önce aynı bölgeden aynı şikayetle başvurduğu ve bölgenin cerrahi olarak kürete edildiği, histopatolojik inceleme sonucu odontojenik miksoma teşhisi konulduğu öğrenilmiştir. Ekstraoral muayene bulguları normal olup intraoral muayenede sağ mandibular premolar-molar bölgede bukkal kemik te ekspansiyon varlığı gözlenmiştir. Panoramik radyografide sağ mandibular kesici dişler bölgesinden ikinci molar dişe kadar olan bölgede sınırları düzensiz multiloküler radyolüsent lezyon olduğu görülmüştür (Resim 1).



Resim 1: Sağ mandibuladaki lezyonun panoramik görüntüsü

Lezyonun nüks eden odontojenik a olduğu düşünülmüştür. Kesin teşhis için 43-46 no'lu dişler arasında kalan dişsiz bölgeden kemik içi insizyonel biyopsi yapılarak materyal patolojiye gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucu lezyonun odontojenik miksoma ile uyumlu olduğu öğre-

nilmiştir. Hasta genel anestezi altında opere edilerek, lezyon yaklaşık 1.5 cm sağlam kemik sınırlarını da içerecek şekilde marjinal rezeksiyon ile rezek edilmiştir (Resim 2).



Resim 2: Eksize edilen lezyonun görüntüsü.

Kalan bazal kemiğin çok ince olması nedeniyle miniplak yerleştirilmiştir. Yapılan takiplerde operasyondan 4 ay sonra bazal kemikte spontan fraktür olduğu görülmüştür (Resim 3).



Resim 3: Bazal kemikte oluşan patolojik fraktür

Hasta tekrar genel anestezi altında operasyona alınmış ve önceki operasyonda yerleştirilen miniplak çıkarılarak yerine rekonstrüksiyon plağı yerleştirilmiştir (Resim 4).



Resim 4: Rekonstrüksiyon plağı yerleştirildikten sonraki panoramik radyografi

2 yıl boyunca 6 aylık aralıklarla yapılan takiplerde kırık hatında iyileşme olduğu görülmüş olup herhangi bir patolojik duruma rastlanmamıştır (Resim 5).



Resim 5: İki yıl sonraki panoramik radyografi

TARTIŞMA

İlk olarak 1947 yılında Thoma ve Goldman tarafından tanımlanan odontojenik miksomalar, çenelerin iyi huylu tümörlerinden olup, tüm iyi huylu çene tümörleri arasında %3-6'lık bir kısmı oluşturmaktadırlar.^{5,6,9,10} Bu lezyonlar çoğunlukla asemptomatik olup rutin radyografilerde ortaya çıkarlar. Ayırıcı tanıları ameloblastoma, odontojenik fibroma, odontojen keratokist ve santral dev hücreli granüloma, ossifying fibroma ve osteosarkomlarla yapılmalıdır. Bu tümörler agresif özellikte olup yüksek rekürrens oranına sahiptirler.^{3,9} Simon ve ark.⁷ 33 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada odontojenik miksomaların çoğunluğunun 10-39 yaşlar arasında ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Tümörün 8 hastada (%25) maxilla, 24 hastada (%75) mandibula yerleşimli olduğu görülmüştür. Kaffe ve ark.¹¹ 1965-1995 arasında yaptıkları bir çalışmada 164 odontojenik miksoma hastasını yaş, cinsiyet ve lokalizasyon açısından değerlendirmişler ve tümörün kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü ve mandibulanın maksilladan daha fazla etkilendiğini ortaya koymuşlardır.^{6,11} Bu makalede sunulan olgu 27 yaşında mandibular odontojenik miksoma hastası olup hem yaş aralığı hem de lokalizasyon olarak literatürle uyumludur. Yapılan çalışmalarda kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir fakat bizim olgumuzun cinsiyeti erkektir. Lezyonun büyüklüğüne, komşu yapılarla olan ilişkisine ve hastanın genel durumuna göre, enükleasyon, küretaj, periferik ostektomi, marjinal, segmental veya radikal rezeksiyon tercih edilebilecek tedavi yöntemleri arasındadır.⁵ Mandibulanın marjinal rezeksiyonu ilk olarak 1953 yılında Greer ve ark.¹³ tarafından ağız tabanı kanseri olan bir hastada rapor edilmiştir. Daha sonra özellikle

alt çene kanserlerinin erken safhasında sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Ancak marjinal rezeksiyon sonrası postoperatif kırık riskinin yükseldiği bildirilmiştir.^{12,13} Murakami ve ark.¹⁴ yaptıkları çalışmada 10 mm'den daha fazla kemik kalınlığı olan olgularda kırık oluşma riskinin azaldığını tespit etmişlerdir. Barttelbort ve ark.¹⁵'nin yaptığı çalışma da bu sonuçları desteklemektedir. Michi ve ark.¹² ise yaptıkları bir çalışmada marjinal rezeksiyon yapılan hastalarda operasyon sonrası kalan kemik miktarının 3 mm'den daha az ve kalan diş sayısının 20'den daha fazla olduğu durumlarda mandibulanın kemik transplantasyonu veya plaklarla desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bizim olgumuzda da lezyon 1.5 cm periferik sağlıklı kemiği de içerecek şekilde marjinal rezeksiyonla çıkarılmıştır. Kalan kemik miktarı yaklaşık 5 mm civarında olduğu için fraktür oluşma riskine karşılık miniplak yerleştirilmiştir. Fakat miniplak yetersiz kaldığı için operasyon sonrası fraktür oluşmuştur. Bu nedenle ikinci operasyonla rekonstrüksiyon plağı yerleştirilerek fraktür hattı stabilize edilmiştir.

SONUÇ

Marjinal rezeksiyon uygulanan mandibular miksoma olgularında patolojik fraktür oluşmaması için kalan bazal kemiğin miktarına göre mandibulanın, rekonstrüksiyon plağı veya otojen kemik transplantasyonu ile desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dalbo Contrera Toro M, Siqueira Barreto I, Amstalden EMI, Takahiro Chone C, Nizam Pfeilsticker L. Odontogenic Myxoma in Children: A Case Report and Literature Review. Case reports in oncological medicine, 2016.
2. Kadlub N, Mbou VB, Leboulanger N, Lepointe HD, Ansari E, L'hermine AC, Picard A. Infant Odontogenic Myxoma: a specific entity. J Cranio-Maxillofac Surg 2014; 42: 2082-2086.
3. Murphy C, Hayes R, McDermott M, Kearns GJ. Odontogenic myxoma of the maxilla: surgical management and case report. Ir J Med Sci 2016; 1971: 1-4.

4. Rasid H, Bashir A. Surgical and prosthetic management of maxillary odontogenic myxoma. *Eur J Dent* 2015; 9: 277.
5. 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 research notes*, 2014; 7: 1.
6. Ghalayani P, Jahanshahi, GR. Mohagheghian HR. Odontogenic Myxoma of Maxilla in an Atypical Location: A Case Report. *J Dent* 2013; 14: 41.
7. Simon EN, Merckx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 333-337.
8. Noffke CE, Raubenheimer EJ, Chabikuli NJ, Bouckaert MM. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Surg, Oral Med Oral Pat Oral Rad* 2007; 104: 101-109.
9. García RG, Campo FJR, Gías LN, Guerra MFM, Pérez JS, González FJD. Mandibular odontogenic myxoma. Reconstructive considerations by means of the vascularized fibular free flap. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E531-535.
10. Subramaian R, Narashiman, S, Narasimhan M, Giri V, Kumar S. Odontogenic Myxoma of the Maxilla-A Rare case Report. *JCDR* 2015; 9: ZD29.
11. Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Rad* 1997; 26: 299-303.
12. Okuyama K, Michi Y, Mizutani M, Yamashiro M, Kaida A, Harada K. Clinical study on mandibular fracture after marginal resection of the mandible. *Oral Surg, Oral Med Oral Pat Oral Rad* 2016; 121: 461-467.
13. Greer DB, Smith RR, Klopp CT. A surgical method of treatment of carcinoma of the floor of the mouth. *Surgery* 1953; 34: 279-287.
14. Murakami K, Sugiura T, Yamamoto K, Kawakami M, Kang YB, Tsutsumi S, Kirita T. Biomechanical analysis of the strength of the mandible after marginal resection. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69: 1798-1806.
15. Barttelbort SW, Ariyan S. Mandible preservation with oral cavity carcinoma: rim mandibulectomy versus sagittal mandibulectomy. *Am J Surg* 1993; 166: 411-415.

