

Odontojen keratokist nedeniyle hemimandibulektomi yapılan hastada oluşan defektin kondil başlı rekonstrüksiyon plağı ile onarılması: Bir olgu sunumu

Reconstruction with condylar reconstruction plate of the defect after hemimandibulectomy due to odontogenic keratocyst: A case report

Dt. Şeyma Alla

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Dt. Selim Aydın Gümüşdal

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Yrd. Doç. Dr. Erol Cansız

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Doç. Dr. Mehmet Ali Erdem

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Doç. Dr. Sabri Cemil İşler

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Geliş Tarihi: 29 Mart 2017

Kabul Tarihi: 5 Nisan 2017

DOI: 10.5505/yeditepe.2017.44127

Yazışma Adresi:

Dt. Şeyma Alla

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı,

34340 Fatih, İstanbul

Tel: 05063205027

E-posta: seymaalla@hotmail.com

ÖZET

Keratokistik odontojen tümörler, iyi huylu gelişimsel çene tümörlerinden olup odontojenik keratokist olarak da bilinirler. Bu lezyonlar lokal agresif özellikte olup nüks etme potansiyeli de yüksektir. Tedavileri küretaj, enükleasyon ve marsüpyalizasyon / dekompresyon gibi konservatif yöntemlerden periferik ostektomi, kimyasal koterizasyon, kriyoterapi ve rezeksiyon gibi radikal yöntemlere değişiklik gösterir. Biz bu çalışmamızda hemimandibulektomi sonrası kondil başlı rekonstrüksiyon plağı ile restore edilen bir keratokistik odontojen tümör olgusunu sunduk.

Anahtar kelimeler: Keratokistik odontojen tümör, hemimandibulektomi, rekonstrüksiyon.

SUMMARY

Keratocystic odontogenic tumors, benign developmental jaw tumors are also known as odontogenic keratocysts. These lesions are locally aggressive and have a high recurrence potential. Treatment methods vary from conservative methods such as curettage, enucleation, and marsupialization/ decompression to radical methods such as peripheral osteotomy, chemical cauterization, cryotherapy, and resection. In this study, we presented a case of a keratocystic odontogenic tumor restored with condylar reconstruction plate after hemimandibulectomy.

Key words: Keratocystic odontogenic tumor, hemimandibulectomy, reconstruction.

GİRİŞ

Keratokistik odontojen tümör maksillofasiyal bölgede en sık görülen benign tümörlerdir. Odontojenik tümörler arasında görülme oranı %3 ile %21,5 arasındadır.¹ Lokal agresif özellikte olup infiltratif büyüme paternine sahip olan bu tümörler yüksek rekürrens oranına sahiptirler. Histolojik kesitlerde parakeratotik çok katlı yassı epitelyum ile çevrilidirler.^{2,3} Bu lezyonların tedavisi için yıllardır çeşitli cerrahi teknikler denenmiştir. Bu teknikler temel olarak radikal ve konservatif tedaviler şeklinde ikiye ayrılırlar. Konservatif tedaviler, küretaj veya marsüpyalizasyon / dekompresyon ile birlikte veya tek başına enükleasyonu içerirken, agresif yöntemler periferik ostektomi, carnoy solüsyonu ile kimyasal koterizasyon, kriyoterapi, elektrokoter ve rezeksiyonu içerir.^{4,5} Bu tekniklerden hangisinin seçileceğine karar verirken lezyonun büyüklüğü, anatomik yapılarla olan ilişkisi ve lokalizasyonu göz önünde bulundurulur. Bu çalışmada 10 yıl önce enükleasyon ile tedavi edilen bir keratokistik odontojen tümör olgusunun nüks sonrası hemimandibulektomi ile eksizyonu ve defektin kondil başlı rekonstrüksiyon plağı ile onarımından bahsedilmiştir.

OLGU RAPORU

61 yaşında erkek hasta İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na sol mandibula posteriorda ağrı şikayeti ile başvurmuştur. Alınan

panoramik radyografi sonucu ilgili bölgede multiloküler patolojik lezyon varlığı tespit edilerek Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Alınan anamnezde hastanın 10 yıl önce aynı bölgeden opere olduğu ve önceki patoloji raporundaki bilgilere göre lezyona odontojen keratokist tanısı konulduğu öğrenilmiştir. Hasta 10 yıl boyunca hiç kontrole gitmemiştir. Yapılan klinik muayenede ekstraoral ve intraoral muayene bulguları normal olup radyografik muayenede sol mandibula posteriorda angulustan başlayarak yükselen ramusa uzanan kondil ve koronoid proçesi de içine alan multiloküler radyolüsent lezyon varlığı tespit edilmiştir (Resim 1).



Resim 1. Sol mandibula ramusta multiloküler radyolüsent lezyon

Lezyonun 10 yıl önceki keratokistik odontojen tümörün nüksü olabileceği düşünülmüştür. Gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra hasta genel anestezi altında opere edilmiştir ve ekstraoral ulaşım ile 34 numaralı dişin distalinden yapılan mandibula kesimini takiben mandibulanın lezyonu içeren sol yarısı eksize edilmiştir (Resim 2).



Resim 2. Mandibulanın lezyonla birlikte eksize edilen sol yarısı

Yumuşak dokuların kontraksiyonunu azaltmak ve hastanın ağız açma-kapama hareketlerini sürdürebilmesi amacıyla lezyonun çıkarıldığı bölgeye kondil başlı rekonstrüksiyon plağı yerleştirilmiştir. Eksize edilen parça kesin tanı için patolojiye gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucu lezyonun keratokistik odontojen tümör ile uyumlu olduğu öğrenilmiştir. Hasta 1.5 yıl boyunca periyodik takiplerle kontrol edilmiştir. Takiplerde lezyonla ilgili

herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmamıştır. Hastanın ağız açıklığı normal sınırlarda olup ağız açma-kapatma esnasında çok az miktarda sola deviasyon oluşmaktadır (Resim 3). Ciltte oluşan skar ve kontraksiyon minimum düzeyde olup estetik açıdan herhangi bir problem oluşturmamaktadır (Resim 4-5).



Resim 3. Postoperatif 18. ay fotoğrafı. Hastanın ağız açıklığının normal sınırlarda olduğu görülmektedir.



Resim 4. Postoperatif 18. ay, hastanın anterior görünümü.



Resim 5. Postoperatif 18. ay, ekstraoral skar dokusunun minimal olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

İlk defa 1956 yılında Philipsen tarafından tanımlanan keratistik odontojen tümörler yıllardır kist sınıflamasında yer almakta ve odontojen keratistik olarak da bilinmektedirler. Ancak 2005 yılında yapılan WHO sınıflamasında keratistik odontojen tümör olarak yeniden isimlendirilmiştir.³⁻⁶ Bu lezyonlar her iki cinsiyette de görülebildiği halde birçok çalışma erkeklerde daha fazla ortaya çıktığını göstermiştir.^{3,7,8} Bizim olgumuz da bu çalışmalarla uyumlu olarak erkektir. Hastalık her yaşta görülebilmekle beraber teşhis konulan hastaların çoğu 2. ve 3. dekattadır.³⁻⁹ Bazı çalışmalarda ise 3. ve 4. dekatta ortaya çıktığı bildirilmiştir.^{7,8} Bizim çalışmamızda sunulan olgu bu sonuçlardan farklı olarak 61 yaşındadır. Lezyonlar her iki çenede de ortaya çıkabilmektedir. Fakat mandibula maksilladan daha fazla etkilenmektedir. Bello³ yapmış olduğu bir çalışmada olguların %77'sinin mandibula yerleşimli olduğunu bildirmiştir. Simiyu ve ark.¹⁰ yaptıkları çalışmada bu oranın %65-83 arasında değiştiğini göstermişlerdir. Mandibuladaki lezyonların çoğu posterior bölge yerleşimlidir.^{3,7,8} Bu çalışmada sunulan olgu da literatürle uyumlu olarak mandibulada ve posterior yerleşimlidir. Bu lezyonlar infiltratif büyüme paternine sahip oldukları, serre epitel artıklarının proliferasyonu sonucu ortaya çıkan uydu kistleri içerdikleri için ve sahip oldukları epitel yapısının proliferatif özelliğinden dolayı yüksek rekürrens oranına sahiptirler.³ Tercih edilebilecek tedavi yöntemleri arasında enükleasyon, marsüpyalizasyon/ dekompresyon gibi konservatif yöntemler ve periferik ostektomi ve rezeksiyon gibi radikal yöntemler yer almaktadır.⁴ Yapılan bazı çalışmalar konservatif yöntemlerin nüks oranını artırdığını göstermişlerdir. Gosau ve ark.¹¹ yaptıkları çalışmada enükleasyon ile tedavi edilen 22 hastanın 11'inde (%50) nüks ile karşılaşmışlardır. Morgan ve ark.¹² yaptıkları çalışmada enükleasyon ile tedavi edilen 11 hastanın 6 tanesinde nüks olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada rezeksiyon yapılan 3 hastanın hiçbirinde nüks ile karşılaşmamıştır. Zhao ve ark.¹³ yaptıkları bir çalışmada rezeksiyon yapılan 52 hastanın hiçbirinde nüks olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada sunulan olgu da 10 yıl önce enükleasyon ile tedavi edilmiş ancak lezyon nüks etmiştir. Bu nedenle biz, lezyonun boyutları, lokalizasyonu ve kemiğin durumunu da göz önünde bulundurarak hemimandibulektomi ile lezyonu içeren kemiğin rezeksiyonunu tercih ettik. 1.5 yıllık takip sonucu nüks ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmadı.

Mandibula orofasiyal bölgenin estetiği ve fonksiyonu açısından önemli bir yere sahiptir. Tümör rezeksiyonu gibi cerrahi girişimler sonrası oluşan büyük defektler çiğneme, yutkunma, konuşma ve estetik açıdan ciddi sorunlara yol açarlar. Temporomandibular eklem anatomik ve fonksiyonel olarak kompleks bir yapıya sahip olduğu

için özellikle eklemi içeren olgularda rekonstrüksiyon daha da zorlaşmaktadır. Kostakondral greftler TME'nin rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılsa da rezorpsiyon, fraktür, ankiloz ve büyüme paternini olumsuz yönde etkilemesi gibi dezavantajlara sahiptir.^{14,15} Bu çalışmada sunulan olguda hemimandibulektomi sonrası aynı operasyonda çıkarılan mandibula parçasının oluşturduğu defekt kondil başlı rekonstrüksiyon plağı ile restore edilmiştir. Hastanın takiplerinde ağız açıklığının normal olduğu, açma-kapama hareketlerini rahatlıkla yapabildiği ve kabul edilebilir estetik görünüme sahip olduğu görülmüştür.



Resim 6. Postoperatif 6. ay panoramik radyografi.



Resim 7. Postoperatif 12. ay panoramik radyografi

SONUÇ

Keratistik odontojen tümör gibi agresif lezyonların tedavisinde rekürrens oranını azaltmak için radikal cerrahi yöntemlerin tercih edilmesi ve oluşan defektin hastanın fonksiyonel ve estetik problemlerini azaltacak şekilde rekonstrükte edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lee HG, Rhee SH, Noh CA, Shin SH. Enucleation of large keratocystic odontogenic tumor at mandible via unilateral sagittal split osteotomy: a report of three cases. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2015; 41: 208-212.
2. Chrcanovic BR, Gomez RS. Recurrence probability for keratocystic odontogenic tumors: An analysis of 6,427 cases. J Craniomaxillofac Surg 2017; 45: 244-251.
3. Bello IO. Keratocystic odontogenic tumor: A biopsy service's experience with 104 solitary, multiple and recurrent lesions. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2016; 21: 538-546.
4. Al-Moraissi EA, Dahan AA, Alwadeai MS, Oginni FO, Al-Jamali JM, Alkhatari AS, Al-Tairi NH, Almaweri AA, Al-Sanabani JS. What surgical treatment has the lowest

recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor? A large systematic review and meta-analysis. *J Craniomaxillofac Surg* 2017; 45: 131-144.

5. Kaczmarzyk T, Mojsa I, Stypulkowska J. A systematic review of the recurrence rate for keratocystic odontogenic tumour in relation to treatment modalities. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41: 756-767.

6. Díaz-Belenguier Á, Sánchez-Torres A, Gay-Escoda C. Role of carnoy's solution in the treatment of keratocystic odontogenic tumor: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2016; 21: 689-695.

7. Myoung H, Hong SP. Odontogenic keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 328-333.

8. Boffano P, Ruga E, Gallesio C. Keratocystic odontogenic tumor (odontogenic keratocyst): preliminary retrospective review of epidemiologic, clinical, and radiologic features of 261 lesions from University of Turin. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68: 2994-2999.

9. Azevedo RS, Cabral MG, Santos TC, de Oliveira AV, de Almeida OP, Pires FR. Histopathological Features of Keratocystic Odontogenic Tumor A Descriptive Study of 177 Cases From a Brazilian Population. *Int J Surg Pathol* 2012; 20: 154-160.

10. S Simiyu BN, Butt F, Dimba EA, Wagaiyu EG, Awange DO, Guthua SW, Sloomweg PJ. Keratocystic odontogenic tumours of the jaws and associated pathologies: a 10-year clinicopathologic audit in a referral teaching hospital in Kenya. *J Craniomaxillofac Surg* 2013; 41: 230-234.

11. Gosau M, Draenert FG, Müller S, Frerich B, Bürgers R, Reichert TE, Driemel O. Two modifications in the treatment of keratocystic odontogenic tumors (KCOT) and the use of Carnoy's solution (CS) - a retrospective study lasting between 2 and 10 years. *Clin Oral Investig* 2010; 14: 27-34.

12. Morgan TA, Burton CC, Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 635-639.

13. Zhao YF, Wei JX, Wang SP. Treatment of odontogenic keratocysts: a follow-up of 255 Chinese patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 151-156.

14. Karagoz H, Eren F, Sever C, Ulkur E, Acikel C, Celikoz B, Aysal BK. Mandibular reconstruction after hemimandibulectomy. *J Craniofac Surg* 2012; 23: 1373-1374.

15. Ebrahimi A, Ashford BG. Advances in temporomandibular joint reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 18: 255-260.