

## MAKSİLLA HABİS TÜMÖRLERİ\*

**Dr. Güray TUFAN,**      **Prof. Dr. Orhan İSKEÇELİ,**  
**Prof. Dr. Bedrettin GÖRGÜN,**      **Doç. Dr. Ayhan KONURALP\*\***

### Ö z e t

Son 15 sene içinde kliniğimizde tedavi gören 45 maksilla habis tümörü vakası, yaş ve cinsiyet dağılımı, histopatolojik tanıları, ameliyat yöntemleri belirtilerek takdim edildi.

Tedavide cerrahinin, gerek kür şansı, gerekse şahsın fonksiyonları, fizyonomisi, sosyal yaşantıya iadesi konusunda diğer yöntemlere oranla daha ümit verici olduğu belirtildi.

Maksilla habis tümörleri, erken tanı olanaklarının sınırlı oluşu, bölgenin anatomik özelliği ve hassasiyeti, şahsın konuşma ve çiğneme fonksiyonlarını direkt olarak ilgilendirmesi yönünden plastik cerrahinin önemli konularından birisini oluşturur.

Rogers 1825'de ilk defa maksillayı antrum ile birlikte rezek ettiğini bildirmiştir.

Mettauer; antibiyotik, transfüzyon, anestezi, endotrakeal tüb olanaklarından faydalanmadan başarılı maksilla rezeksiyonu yapan ilk cerrhlardandır.

Ancak günümüzde modern tıbbın geniş imkânlarından ve teknik olanaklarından yeterince faydalandığı halde, maksilla habis tümörlerinin cerrahi tedavisi konusunda bir mucize gerçekleşmemiş, şifa oranı belirli sınırları aşamamıştır.

(\*) 3-6 Nisan 1977 İstanbul 2. Ulusal Kanser Kongresinde tebliğ edilmiştir.

(\*\*) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Çapa/İstanbul.

## Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde 1960-1976 yılları arasında 45 habis maksilla tümörü vakası tedavi edilmiştir.

Vakaların 13'ü kadın, 32'si erkektir. Kadın erkek oranı yaklaşık 1/2 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

TABLO 1. 45 MAKSİLLA HABİS TÜMÖRÜ VAKAMIZIN YAŞ GRUBU VE CİNSİYET DAĞILIMI

Yaş Grubu	Kadın	Erkek	Toplam
0—20	—	2	2
21—30	1	2	3
31—40	—	4	4
41—50	4	8	12
51—60	3	4	7
61—70	3	7	10
71—80	2	5	7
Toplam	13 %28,9	32 %71,1	45

Maksilla üzerinde şişlik ve ağrı %51, ağız tavanında şişlik %25, diş çekimi ile geçmeyen ağrılar %15,5 vakada başvuru nedenleri olmuştur (Tablo 2).

TABLO 2. VAKALARIN BAŞLANGIÇ SEMPTOMLARI DAĞILIMI

Başlangıç Semptomları	Vaka Sayısı
Maksilla üzerinde şişlik, ağrı	23 %51,1
Ağız tavanında şişlik	11 %24,4
Diş çekimi ile dinmeyen ağrı	7 %15,5
Burun tıkanıklığı	2 % 4,6
Epistaksis	1
Trismus	1
Toplam	45

Histopatolojik olarak vakaların %75,5'inde epidermoid CA. tesbit edilmiş, %11,2 sarkoma saptanmıştır (Tablo 3).

TABLO 3. VAKALARIN HİSTOPATOLOJİK DÖKÜMÜ

Tümör Histopatolojisi	Vaka Sayısı	
Epidermoid CA	34 %75,5	Kanser %88,8
Bazoselüller CA	3 % 6,6	
Adenokistik CA	2 % 4,4	
Adeno CA	1 % 2,3	
Yuvarlak Hücreli SA	1	Sarkom %11,2
Fusiform Hücreli SA	1	
Fibro SA	2	
Kondro SA	1	
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	

Preoperatif tetkik periyodunda yapılan biyopsi sonuçları, röntgenolojik veriler ve klinik muayene bulgularına göre vakaların %53 üne Rd. maksillektomi, %24,5'ine ilaveten orbita ekzantrasyonu uygulanmış, %11'inde maksilla üzerinj örten deri birlikte çıkartılmıştır. Tümörün posterosüperior yayılma gösterdiği 3 vakada maksilla ile beraber burun septumu, etmoid ve sfenoid sinüs ön duvarları rezeksiyona dahil edilmiştir (Tablo 4).

TABLO 4. VAKALARIMIZIN AMELİYAT YÖNTEMLERİ DÖKÜMÜ

Tedavi Yöntemi	Vaka Sayısı
Rd. Maksillektomi .....	24 %53,3
Rd. Maksillektomi, orbita ekzantrasyonu .....	11 %24,5
Maksillanın üzerindeki - ciltle beraber çıkarılması, erken tamir	5 %11,2
Rd. Maksillektomi, burun septumu etmoid ve sfenoid sinüs ön duvarlarının çıkarılması .....	3 % 6,7
Parsiyel Maksillektomi .....	2 % 4,3
<b>Toplam</b> .....	<b>45</b>

Kesin tanı için mümkün olan her vakamızda, özellikle ağız tavanı ve burun boşluğuna invazyon gösterenlere biyopsi yapıyoruz.

Tetkiklerimiz sonucu cerrahi girişim düşündüğümüz operabl vakalarda Weber-Ferguson kesisini kullanarak radikal maksillektomi uygulamaktayız. Tümörün orbital çukura yakın olduğu hallerde, ame-

liyatın kür şansını koruyabilmek için orbita ekzantrasyonu, cilde yakın vakalarda maksillanın üzerindeki ciltle birlikte radikal çıkarılması yöntemini uyguladık.

Kafa tabanına doğru invazyon gösterenlerde, etmoid ve sfenoid sinüsler açılarak temizlendi. 3 vakada ameliyat esnasında Duramater leze oldu ise de buna bağlı bir komplikasyon ortaya çıkmadı.

Maksillektomiden sonra oluşan mukozasız boşluğu orta kalınlıkta serbest deri grefti ile örtüyoruz. Bu işlem enfeksiyon ve retraksiyonları önlemekte, hastanın kısa süre içinde dental protez ve obturator kullanmasını böylece konuşma, çiğneme fonksiyonlarını kazanmasını sağlamakta, ayrıca hekime kanser nüksü yönünden boşluğu izleme olanağı vermektedir.

Tümörün tamamıyla çıkarılabildiği vakalarda tümörle birlikte üzerindeki cilt de alınmışsa defekti aynı seansta örtüp örtmemek konusunda karar verirken, hastanın sosyal durumu, tümörün histolojik tipi ve ameliyat bulgularını göz önünde bulunduruyoruz.

Tümör nüksü bakımından tereddüt ettiğimiz vakalarda, lokal nüksü erken tanıyabilmek ve tedavi uygulayabilmek için cilt defektlerini en az 6 ay açık bırakmayı tercih ediyoruz. Bu tip hastalarda rekonstrüksiyon yapılmaya kadar devamlı epitez kullanılmaktadır.

### T a r t ı Ő m a

Maksilla habis tümörleri nadir görülen kanserler grubundadırlar. Solunum ve sindirim sistemi tümörlerinin %5'ini, bütün vücut kanserlerinin %0.2'sini oluştururlar (1.2.3.).

Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla iki kat fazla olup, kanserler 50-70 yaş, sarkomlar ise 20-36 yaş grupları arasında sıklıkla görülürler (2.4.5.6.7.).

Etiyolojide solunum yolu ile etkin karsinojenler, polipler, sinüzit ve antral mukozanın hipertrofik değişiklikleri suçlanmış fakat kesin bir neden bulunamamıştır.

Acheson ve arkadaşları ağaç işleri ile uğraşan kişilerde maksilla kanserine sık rastladıklarını bildirmişlerdir (8). Biz vakalarımızın incelenmesinden manalı bir etiyolojik neden veya belirli bir meslek grubu dağılımı saptayamadık.

En sık rastlanan maksilla habis tümörleri, sinüs epitelinden oluşan epidermoid kanserlerdir (2.3.9.10). Daha az sıklıkla adenokan-

serler ve sarkomlara rastlanır. Vakalarımızda epidermoid kanserler %75 olarak bulundu.

Maksilla kanserlerinde genellikle erken devre belirtileri yoktur. Hasta büyük bir değişiklik bulduğu vakit kanser ilerlemiştir.

Maksiller bölgenin anatomik özellikleri prognozu fena yönde etkileyen önemli etmenlerdendir. Maksiller sinüs ,orbita, kafa tabanı, ağız ve burun boşlukları ile çevrilmiştir. Bu oluşumlar arasındaki sınırlar ,damar ve sinirlerin geçişini sağlayan fissuralar ile foraminaları ihtiva eden çok ince kemik lameller şeklindedir. Kanser yayılmak için çoğu kez bu tabii geçitleri kullanır.

Radyolojik tetkiklerde kemik harabiyeti önemli bir bulgudur. Takriben vakaların %70'inde kemik dokusu destrüksiyonu tesbit edilebilir (11.12).

Çeşitli yumuşak doku dansite ve gölgeleri, polipler ve kistlere ait olabileceği gibi, kanserin müköz membranda kemiği tutmadan ilerlediğini gösterebilir. Bu devrede teşhis edilebilen şanslı vakalar cerrahi girişimle çok iyi kür şansına sahiptirler (10).

Biz kliniğimizde hastalarımızı geniş röntgen etütleri ile değerlendirmekte, prognoz ve operabilite tayininde, tümörün Ohngren hattına göre anatomik konumundan, maksiller antrum arka duvar, orbital çukur, sfenoid kemik küçük kanatları ile kafa tabanının patolojiye iştirak edip etmemesinden faydalanmaktayız.

Tümör lokalizasyonu ile prognoz arasında da sıkı bir ilişki vardır. Suprastrüktürel maksilla kanserleri genellikle postero-süperior yayılma gösterirler, orbita, etmoir ve sfenoid kemikler ile kafa kaidesini erkenden infiltre ederler. Teşhisleri güç olup prognozları kötüdür. İnfra strüktürel kanserler antero-inferior gelişim gösterirler, teşhisleri kolay prognozları daha olumludur (3).

Maksilla kanserlerinin tedavisinde; tümörün anatomik konumu, histopatolojik natürü ve diferansiyasyon derecesi ile tümörün yayılma sınırları kriter alınarak, inoperabl vakalar hariç radikal maksillektomi uygulanır.

İrradiyasyonla birlikte veya tek başına uygulanan cerrahi tedavinin diğer tedavi yöntemlerine üstünlüğü birçok yazarca kabul edilmiştir. Bu yazarlara göre, cerrahi girişim sonunda 5 yıllık sürviy %25-35 olarak bildirilmiştir (5.10.13.14.15).

Maksilla kanserli hastalar, çoğu kez ameliyattan sonra yüz şekillerinin bozulacağından ve gözlerini kaybedeceklerinden korkarlar.

Hayatları onlar için ikinci derecede önem taşır. Bu bakımdan heki-  
me düşen görev; kür sağlayıcı cerrahi girişimlerin uygulanması ol-  
duğu kadar, minimal deformite, fonksiyonların erkenden iadesi, fiz-  
yoneminin natürel hale getirilmesi ve toplumsal yaşantıya da uyum  
sağlayacak psikolojik rehabilitasyonun sağlanmasıdır.

## S u m m a r y

### MALİGNANT MAXİLLARY TUMORS

45 patients with malignant maxillary tumors have been treated  
in our clinic between the years of 1960-1976.

The evaluation of these cases according to age, initial symptoms,  
histopathological diagnosis and their surgical management have been  
presented .

The results of surgical treatment of operable cases showed very  
low mortality rate. The cosmetic appearance after radical maxillect-  
omy were acceptable with the use of reconstructive techniques and  
prosthetic management.

## K a y n a k l a r

1. **HARRİSON, D.F.N.:** The management of malignant tumors of the nasal sinus, *Otolaryngol Clin North Am.* 4(1):159, 1971.
2. **CONSERVE, J.M.:** *Reconstructive Surgery*, W.B. Saunders Co. Philadel-  
phia and London 1968.
3. **BARBOSA, J.F.:** *Surgical treatment of head and neck tumors*, Grune  
Stratton Inc, Newyork 1974.
4. **THOMA, H.K.:** *Oral Surgery*, Fourth Ed. The C.V. Mosby Co. St. Louis  
1963.
5. **TABB, H. G.:** Carcinoma of the antrum; An analysis of 60 cases with  
special reference to primary surgical extirpation, *Laryngoscope* 67:269, 1957.
6. **KAWATA, S.:** Transoral maxillectomy, *Acta Otolaryngol* 62:491, 1966.
7. **SPRATT, S.J.:** **MERCADO, R. Jr., and others:** Carcinoma of the ma-  
illary antrum: Coordinated roentgen-surgical therapy. *Missouri Med.* 61:  
1063, 1964.
8. **ACHESON, E.D., COWDELL, R.H., HADFIELD, E., and MACBETH, R.G.:**  
Nasal cancer in wood-workers in the furniture industry, *Brit. Med. J.* 2:  
587-596, 1968.
9. **HELGER, J.A.:** Maxilloethmoidal carcinoma, *Otolaryngol Clin. North Am.*  
4(1):159, 1971.

10. **CONLEY, J.:** Concepts in head and neck surgery, George Thieme Verlag S. 55, Stuttgart 1970.
11. **MACCOMB, W.S., FLETCHER, G.H.:** Cancer of the head and neck, The Williams Wilkins Co. Baltimore 1967.
12. **WARD, G.E., HENDRICK, J.W.:** Tumors of the head and neck, The Wilkins Co. Baltimore 1950.
13. **BARKOWITZ, A.:** Malignant tumors of the upper jaw, Surgery 47:443, 1960.
14. **BAKER, R., CHERY, J. and others.:** Carcinoma of the maxillary sinus, Arch. Otolaryngol. 84:2, 1966.
15. **MAY, H.:** Reconstructive and reparative surgery, F.A. Davis Co. 1958.