

BENİGN MASSETER HİPERTROFİSİ CERRAHİ TEDAVİSİ

Mustafa ŞENGEZER*, Haluk DUMAN*, Muharrem DEMİROĞULLARI**

* GATA Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı ** Etimesgut Hava Hastanesi

ÖZET

Benign masseter hipertrofisi (BMH) nadir, unilateral yada bilateral, etyolojisi tam belli olmayan ve baş boyun tümörlerinin ayırıcı tanısında yer alan klinik bir tablodur. Bu seride tanı, klinik muayene ve radiografik değerlendirmeler ile konuldu. İntraoral yaklaşımla cerrahi tedavi uygulanan olgularda, hem kas rezeksiyonu hem de kemik kontur restorasyonu gerçekleştirildi. 11 olgunun hiçbirisinde komplikasyona rastlanmadı ve başarılı kozmetik sonuçlar elde edildi.

Anahtar Kelimeler : Benign masseter hipertrofisi

SUMMARY

Benign masseter hypertrophy (BMH), is an uncommon condition which can occur unilaterally or bilaterally, with an unknown etiology and has an important place in the differential diagnosis of head and neck masses. Together with BMH, there usually is bony overgrowth at the angle of the mandible. The diagnosis is based on clinical and radiographic results. No complications occurred at any of the cases which was undergone current surgery and successful results were achieved aesthetically.

Key Words: Benign masseter hypertrophy

GİRİŞ

Benign masseter hipertrofisi, bilateral yada unilateral görülebilen, ağrının ender olarak eşlik ettiği, sık karşılaşılmayan bir klinik tablodur. Çoğu zaman patolojik bir durum olmaktan öte estetik bir sorun olarak ortaya çıkar. Başlangıçta hasta tarafından pek farkedilmeyen bu klinik tablo, genellikle hastanın dikkatini o yörede yoğunlaştırmasına neden olan farklı bir olay nedeniyle hastanın gündemine gelir. Bugüne kadar etyolojisinde birçok faktör suçlanmışsa da, etyolojiye henüz tam bir açıklık getirilememiştir.

İlk kez 1800 lü yıllarda Legg tarafından tanımlandığı yazarlar tarafından bildirilmektedir^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}. Tedavide cerrahi girişim ilk kez Gurney tarafından ekstraoral yol ile 1947 yılında gerçekleştirilmiştir¹⁰. Adams ise 1949 da kas rezeksiyonuna ek olarak kemik çıkıntının da eksize edilmesini tanımlamıştır¹¹. Ginestet ve ark. ise bu işlemlerin gerçekleştirilmesi için intraoral yolun kullanılabileceğini bildirmişlerdir¹².

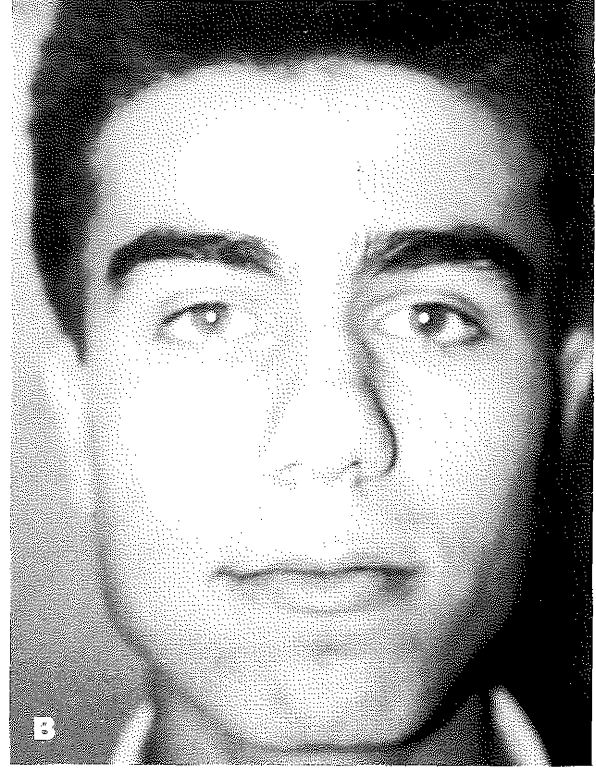
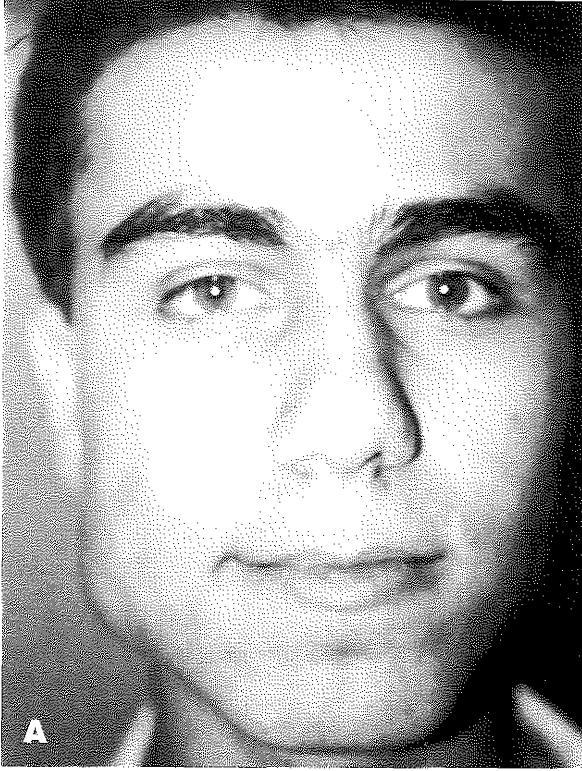
MATERYAL VE METOD

1992-1998 yılları arasında benign masseter hipertrofisi (BMH) yakınması ile kliniğimize başvuran 11 hasta cerrahi yöntemle tedavi edildiler. Hastaların tümü erkek olup, yaşları 20-24 arasında değişmekteydi. Preoperatif değerlendirmede, yalnızca bir olgu brüksizm tanımlarken, diğer olgularda etyolojiye ilişkin bir bulguya rastlanılmadı. Olgularda mevcut olan

deformiteler Beckers' in tarif etmiş olduğu sınıflandırmaya göre üç grupta toplandılar¹³. Bu sınıflandırmaya göre; üç hasta 1. derece, bir hasta 2. derece ve yedi hasta 3. derece olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda preoperatif pantografi ve mandibula ön-arka grafileri rutin olarak değerlendirmeye alındı. Olguların ikisinde yalnızca kas rezeksiyonu yapılırken, dokuz olguda hem kas hem de kemik eksizyonu uygulandı. Sekiz olguda bilateral, üç olguda ise unilateral girişim gerçekleştirildi (Şekil 1a,b). Kemik rezeksiyon yapılmasına preoperatif değerlendirmede radyografiler ile karar verildi. Hastaların preoperatif ve postoperatif görünümleri fotoğraflar ve radyografiler ile değerlendirildi (Şekil 2 a,b,c,d).

Teknik;

Olgularda masseter kası preoperatif istemli olarak kastırılarak kasın eksize edilmesi planlanan bölümü yanakta işaretlendi. Genel anesteziyi takiben bukkal yörede insizyon yapılacak alan lokal anestezi ile infiltre edildikten sonra, koronoid proses ön dış kısmı ve ramus boyunca 2. molar dişe kadar insizyon yapıldı. Masseter kasının mandibulaya yapışma yoresi ve ön kenarı belirlendikten sonra yanak flebi subperiosteal olarak kaldırıldı. Yanakta işaretlenen bölümün izdüşümüne gelen kısımda masseter kasının medial tarafı kesici koter ile rezeke edildi. Daha sonra anguler yöre alt kenarındaki kemik çıkıntı işaretlendikten sonra resiprokal testere ile rezeke edildi.



Şekil 1A : Unilateral deformitesi olan olgunun preoperatif görünümü B: Aynı olgunun tek taraflı girişim sonrası 9 ay sonraki görünümü

Kanama kontrolünü takiben mukoza 4-0 vikril ile kapatıldı. 48 saat süre ile yüzü saran baskılı bandaj uygulandı. Postoperatif üç gün İ.V. sefalosporin ve 10 gün süre antienflamatuar verildi. Postoperatif on günlük dönemde yumuşak diet uygulandı ve daha sonra gelişebilecek eklem sertliği ve ağrısını önlemek için onuncu günün sonunda çığneme egzersizlerine başlandı.

SONUÇLAR

Serideki olguların sadece birinde etyolojik faktör olarak bruksizm tanımlandı. Diğer olgularda ise etyolojik bir faktör tespit edilmedi. Olguların tümünde preoperatif çene ve TME hareketlerinde postoperatif dönemde farklılık gözlenmedi. Tüm olgularda postoperatif dört haftaya kadar uzanan ödem dışında herhangi bir komplikasyon görülmedi. Postoperatif ve preoperatif durumlar hasta ile tartışıldı. Tüm olgular elde edilen kozmetik sonuçlardan memnun oldular. Gerek unilatere gerekse de bilateral BMH bulunan tüm olgularda postoperatif simetrik görünüm sağlandı.

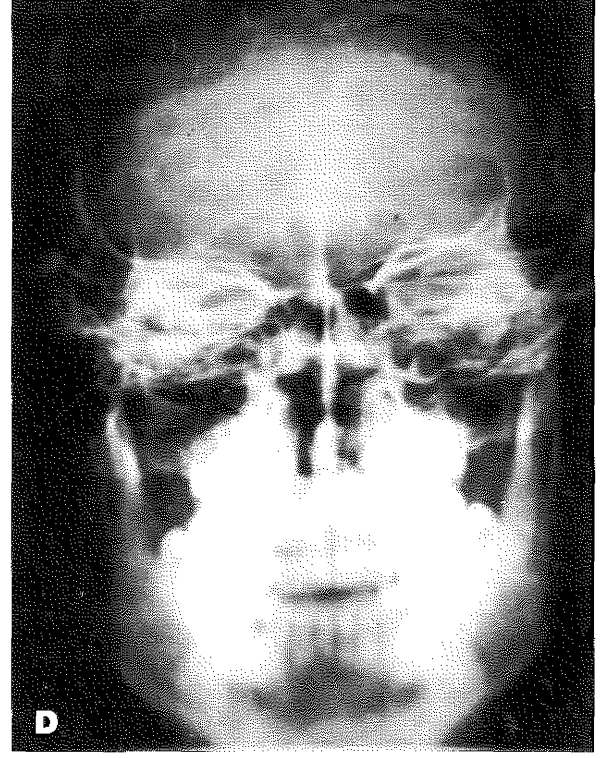
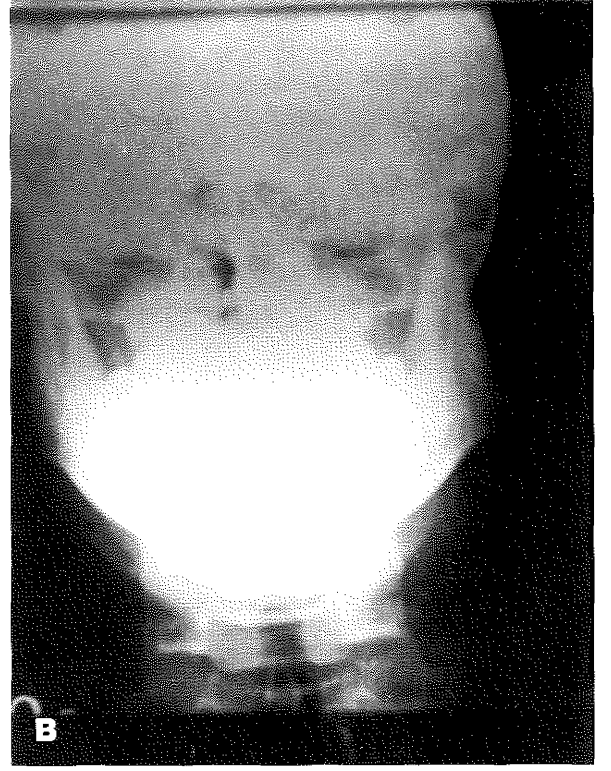
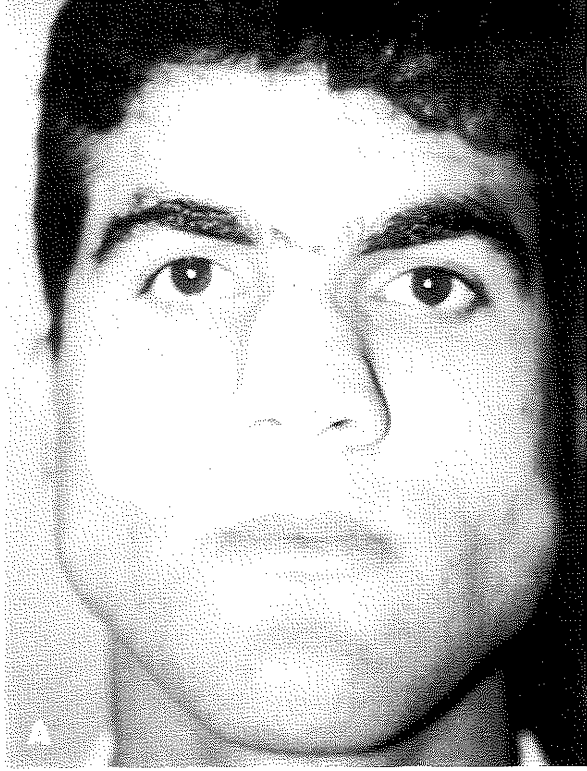
TARTIŞMA

Olguların genellikle estetik kaygılarla başvurmaları, deformitenin kadınlarda daha sık görüldüğü şeklinde yorumlanmıştır. Literatürdeki bilgiler de bu klinik tablonun kadınlarda daha sık görüldüğünü destekler niteliktedir^{10,14,15}. Ancak bu seride tüm hastalar asker

hastanesi olmamızın gerektirdiği hasta popülasyonu nedeniyle erkektir ve bu sonuç erkek nüfusda sık görüldüğü anlamına gelmemektedir. Bununla beraber, bu serideki olguların çoğunluğu estetik kaygılar ile başvuruda bulunmuşlar ve bu durumu ifade etmekten kaçınmamışlardır. Her ne kadar kliniğimiz genel hasta popülasyonunun çoğunluğu erkekler olsa da, serimizdeki sonuçlar erkek nüfustaki eğilimi tüm açıklığı ile yansıtmaktadır.

BMH ile ilgili olarak ilk planda akla gelen ve halen tartışılan konuların başında etyoloji gelmektedir. Bugüne kadar etyolojide çeşitli faktörler suçlanmış ve teoriler öne sürülmüştür^{10,16}. İngilizce deyimle "work load" yada iş yükü teorisi ilk kez Gurney tarafından öne sürülmüştür¹⁰. Beckers' in serisinde 7 hasta (%41) iş yükü teorisini destekler nitelikte bruksizm ve okluzal bozukluktan şikayetçidir¹³. Bu teoriye göre çenenin istemsiz olarak aşırı sıkılması yada bruksizm gibi klinik durumlarda çığneme kaslarına aşırı yük binmesi kaslarda hipertrofiye neden olmaktadır. Birçok yazar bu teoriyi etyolojide kabul etmektedirler^{10,17,18}. Ancak yine yapılan çalışmalarda, olgularda bu tür yakınmalar olmasına karşın, postoperatif dönemde nüksün görülmemesi teoriyi olumsuz olarak destekler.

Yine tek taraflı çığnemeler sonrasında o tarafta BMH görülmesi iş yükü teorisini destekler nitelikte olmakla beraber, tek taraflı çığnemenin bu deformiteye yol açan



Şekil 2A: Bilateral deformitesi olan olgunun preoperatif görünümü **B:** Aynı olgunun preoperatif grafisi. Mandibula angulusu her iki tarafta ileri derecede projeksiyona sahip **C:** Aynı olgunun postoperatif 9 ay sonraki görünümü **D:** Aynı olgunun postoperatif 9 ay sonraki grafisi. Kemik projeksiyon ortadan kalkmış.

bir etken olmaktan çok, sonuç olduğu görüşü ağırlıktadır¹⁶. Çünkü olgular genellikle güçlü olan taraflarını kullanmayı tercih etmektedirler. Bizim seride elde edilen sonuçlar iş yükü teorisi destekler yönde değildir. Olguların sadece birinde bruksizm yakınması vardır (% 9.09). Bu oran ise Beckers' in serisi ile karşılaştırıldığında çok düşüktür.

Literatürde ileri sürülen diğer bir teori ise, deformitenin konjenital ve genetik olarak belirlenmiş olabileceğidir¹⁶. Ancak literatürde bu öneriyi destekler nitelikte bir yayın yoktur. BMH oluşum teorileri ile ilgili olarak birçok edinsel ve konjenital faktörün birarada oluşuma katkıda bulunmaları olasılığı herbirinin tek başlarına etken olabileceğinden daha fazla olası gözükmetedir¹⁶.

Yine literatürde olgulardan kas biopsileri alınarak materyaller incelenmiş ve genel olarak hipertrofiye ait bulgulara rastlanmamıştır.^{10,19}. Bu seride de tüm olgulardan kas biopsileri alınarak histolojik olarak incelendi. Ancak elde edilen sonuçlarda normal kas dokusu histolojik yapısı dışında hipertrofiye ait herhangi bir özellikte karşılaşılmadı.

BMH nin tedavisi herkes tarafından kabul edildiği üzere cerrahidir. Ancak yine de konservatif tedaviyi öneren yazarlar da vardır⁶. Konservatif yaklaşımda spazmolitikler, trankilizanlar, psikoterapi, ve stomagnatik sistemin dengelenmesi söz konusudur. Yazarların ise konservatif tedavi ile ilgili tecrübeleri yoktur. Tüm önerilere karşın, sorunun konservatif yöntemlerle tamamen giderildiğine ilişkin bir bilgi literatürde yoktur. Konservatif yöntemler defnif cerrahi tedaviye adjuvan tedavi olarak kullanımında yer alabilir.

BMH nin tedavisinde non invaziv bir yöntem olarak botulinum toksini de kullanılmıştır. Smyth 7 olguda botulinum toksini kullanarak tüm olgularda başarılı sonuçlar elde ettiğini bildirmiştir²⁰. Sonuçlar başarılı olmasına karşın, takip süresinin kısalığı botulinum toksininin deformitenin giderilmesindeki etkinliğini şüphe altında bırakmaktadır. Bilindiği üzere botulinum toksini uygulandığı yerde kaslarda geçici süre ile paralizisi yaparak etkisini göstermektedir ve bu etki 6 – 8 aylık bir sürede ortadan kalkmaktadır. Smyth in serisinde en uzun takip süresi 8 aydır ve bu süre tedavinin etkisinin kalıcı olduğunun değerlendirilmesi yönünden yetersizdir. Yine cerrahi tedavi sırasında gereken olgularda mandibula angulusunda oluşmuş kemik çıkıntı, kasla beraber rezeke edilerek hastaya düzgün bir kontur sunulmaktadır. Kas aktivitesini ortadan kaldırıp, oluşmuş hiperostosisin gerilemesi olası değildir. Tüm bunlara karşın seçilmiş olgularda botulinum toksini geçici bir süre de olsa, başarılı sonuçlar sergileyebilir.

BMH de mandibula angulusunun belirgin olması nedeni ile mandibula alt kenarına yapışan masseter lifleri kemikten serbestleştirilerek kas gücü etkisi ile kemikte

oluşan hiperostosis giderilmeye çalışılmıştır¹². Sonraları ise kasa ek olarak kemik çıkıntı da rezeke edilmiş ve kemik konturdaki uyumsuzluk giderilmiştir¹¹.

Ristow ise lokal anestezi altında intraoral yaklaşımla masseter kasının arter ve sinirini kesmiş ve kasta atrofi geliştirmeye çalışmıştır. Fakat takiplerde kasların yeniden inerve oldukları ve cerrahi girişimin tekrarlanması gerektiği görülmüştür²¹.

BMH de kesin tedavi cerrahidir. Cerrahinin gerçekleştirilmesi sırasında korkulan komplikasyonlar, fasial sinirin mandibuler dalının zedelenmesi ile parotis kanalının kesilmesi. Fasial arter ve venin korunması da önemlidir. Basit önlemlerle bu komplikasyonlardan uzak durmak oldukça kolaydır. Kasın medial bölümünün intraoral yol ile kesiliyor olması, hem kanalı hem de mandibuler dalı direkt travmadan korur. Mandibuler dal retraksiyon nedeni ile travmaya maruz kalabilir. Bu şekilde olan yaralanmalar ise geçici olmaktadır. Bu seride mandibuler dal yada parotis kanalı ile ilgili herhangi bir komplikasyona rastlanılmadı. Postoperatif dönemde trismus ile karşılaşılabilirse de hiçbir olgumuzda trismus gelişmedi. Trismus oluştuğunda dönüşümlü sıcak-soğuk uygulaması, çiğneme egzersizleri ve zaman sorunu çözecektir. Cerrahi sırasında üzerinde zor karar verilen diğer bir konu kasın hangi kısmının ne kadar eksize edilmesi gerektiğidir. Bu seride preoperatif olarak hastaların çeneleri iyice sıkıtılıp, maseter kası tam kasılı durumda iken, kasın hipertrofik kısmı yanak cildi üzerinde işaretlenmiştir. Böylece operasyon sırasında bu çizimin izdüşümüne gelen yörede kasın medial yüzünden yeterli ve uygun miktarda eksizeyona rahatlıkla yapılabilmiştir. Gerek unilateral gerekse bilateral olgularda simetrinin sağlanabilmesi cerrahin öngörüsü ve yeteneği ile yakından ilgilidir. Gerçekleştirilen dikkatli ve özenli cerrahi girişim ile olguların tümünde yüz simetrisi tam olarak sağlanmış ve hastaların kozmetik yönden mutlu olmaları gerçekleştirilmiştir.

Dr. Mustafa ŞENGEZER

GATA Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.

06018 Etlik, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Masters F, Georgiade N, Pickrell K: The surgical treatment of benign masseteric hypertrophy. *Plast Reconstr Surg* 15:215-221,1955.
2. Caldwell JB, Hughes KW: Hypertrophy of masseter muscles and mandible: Report of case *J Oral Surg Vol* 15,329-31,1957
3. Oppenheim H, Wing M: Benign hypertrophy of masseter muscle. *A.M.A. Arch Otolaryngol Vol* 70,207-10,1959
4. Guggenheim P, Cohen L : The nature of masseteric hypertrophy, *Arch Otolaryngol Vol* 73,35-48,1961
5. Bloem J.J.M.M, Van Hoof RF: Hypertrophy of masseter

BENIGN MASSETER HYPERTROPHY

- muscles. *Plast Reconstr Surg* Vol 47, No:2,138-144,1971
6. Blatt IM : The parotid-masseter hypertrophy. *Laryngoscope* 79:624,1969.
 7. Woldhart E, Lynch JB: Benign hypertrophy of the masseter muscles and mandibular angles, *Arch Surg* Vol 102,115-118,1971.
 8. Black MJ., Schloss MD: Masseteric muscle hypertrophy. *J Otolaryngol* 14:3,203-205,1985.
 9. Riefkohl R, Georgiade GS, Georgiade NG : Masseter muscle hypertrophy. *Ann Plast Surg* Vol 12 No:6, 528-532,1984.
 10. Gurney CE: Chronic bilateral benign hypertrophy of the masseter muscle. *Am J Surg* 73:137,1947
 11. Adams WM: Bilateral hypertrophy of masseter muscle:An operation for correction.*Br J Plast Surg* 2:78, 1949.
 12. Ginestet G., Frazieres H., Merville L:La correction chirurgicale de l'hypertrophie du masseter.*Ann Chir Plast* 4:787, 1959.
 13. Beckers HL:Masseteric muscle hypertrophy and its intraoral surgical correction. *J Maxillofac Surg* 5:28-35, 1977.
 14. Maxwell JH., Waggoner RW:Hypertrophy of the masseter muscles.*Ann Otol* 60:538, 1951.
 15. Back SM, Kim SS, Bindiger A:The prominent mandibular angle:Preoperative management, operative technique, and results in 42 patients. *Plast Reconstr Surg* Vol 83 No 2:272-80, 1989.
 16. Roncevic R:Masseter muscle hypertrophy:Actiology and therapy. *J Maxillofac Surg* 14:344-48, 1986
 17. Converse JM: In : *Reconstructive Plastic Surgery*, Vol 2, Saunders Philadelphia, 1964.
 18. Wade MW, Roy WE: Idiopathic masseter hypertrophy. *J Oral Surg* 29:196, 1971.
 19. Dencer D:Bilateral idiopathic masseteric hypertrophy. *Br J Plast Surg* 14:149, 1961.
 20. Smyth AG:Botulinum toxin treatment of bilateral masseteric hypertrophy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 32:29-33, 1994.
 21. Ristow W:Transorale neuro und arteriotomie zur behandlung der masseter-hypertrophie. *Laryng Rhinol* 46:30-35, 1967.

1977

masseter
Surg Vol

hypertrophy of mass-
Vol 50,207-

hypertrophy of masseter
1985-88,1981