

ÜST VE ALT ÇENENİN SOLİD VE KİSTİK KİTLELERİ

Nilgün MARKAL ERTAŞ, Dilek BAĞDATLI, Özlem GÜNDEŞLİOĞLU, Sebat KARAMÜRSEL,
Hıfzı VELİDEDEOĞLU, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

ÖZET

Bu yazıda SSK Ankara Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'nde 1980-2001 yılları arasında üst ve alt çenede kitle tanısı olarak tedavi görmüş toplam 403 hasta yaş, cinsiyet, kitle yerleşimi, radyolojik inceleme, histopatolojik tanı ve tedavi seçenekleri açısından retrospektif olarak incelenerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mandibula, maksilla, tümör, kist

SUMMARY

Cystic Masses of Upper and Lower Jaw

In this paper, we presented 403 cases with upper and lower jaw masses that were operated in Plastic and Reconstructive Surgery Department, SSK Ankara Eğitim Hastanesi between 1980-2001. Patients were studied retrospectively according to their age, sex, tumor localization, radiologic imaging, histopathology and treatment modality.

Key Words: Mandible, maxilla, tumor, cyst

Üst ve alt çenenin solid ve kistik lezyonları benzer klinik tablo oluşturmalarına karşın birbirlerinden farklı radyolojik görüntü, histopatolojik çeşitlilik ve nüks oranları gösterirler. Klinik ön tanı çoğu kez radyolojik inceleme ile konulur ve nüks oranını direkt olarak etkileyen uygun tedavinin seçiminde önemli yer tutar. Çeneye ait tüm kitleler ele alındığında her zaman doğru klinik ön tanıyı koymak ve en uygun cerrahi tedaviyi yapmak zor olabilir ve belli oranda klinik deneyim gerektirir.

Bu yazıda SSK Ankara Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'nde 1980-2001 yılları arasında üst ve alt çenede kitle tanısı olarak tedavi görmüş toplam 403 hasta yaş, cinsiyet, kitle yerleşimi, radyolojik inceleme, histopatolojik tanı ve tedavi seçenekleri açısından retrospektif olarak incelenerek sunulmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde 1980-2001 yılları arasında toplam 461 hasta çenede kitle sebebi ile opere edilmiş olup bunlarda 403 tanesi retrospektif olarak incelenerek bu çalışmaya dahil edilmiştir. Elli sekiz hasta yetersiz veri sebebi ile çalışmadan çıkarılmıştır. Hastalara ait veriler anamnez, preoperatif x-ray, ameliyat notu, postoperatif x-ray ve patoloji kayıtlarından elde edilmiştir. Tüm hastalar yaş, cinsiyet, klinik şikayet, tutulum yeri, klinik ve radyolojik ön tanı, tedavi şekli, patolojik tanı ve nüks yönünden kaydedilmiştir.

Bu çalışmada Reichart ve Ries'in çenenin kistik ve solid kitlelerine ait sınıflandırması kullanılmıştır¹. Tümör yerleşimi maksilla ve mandibula, bunlar da kendi arasında sağ, sol ve orta yerleşimli olmak üzere 6 kısma ayrılmıştır. Orta maksilla ve orta mandibula lateral kesiciler arasında kalan bölge olup lateral kesicilerin her iki yanında yerleşen kitleler sağ veya sol lezyonlar olarak kaydedilmiştir. Hem orta hem sağ veya hem orta hem sol kısmı içine alan kitleler ise sırasıyla sağ ve sol lezyonlar olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların klinik ve radyolojik ön tanıları histopatolojik tanıları ile karşılaştırılmıştır. Hastalar en kısa 1 hafta, en uzun 15 yıl süre ile takip edilmiştir.

SONUÇLAR

Cinsiyet ve Yaş: Çalışmaya dahil edilen toplam 403 hastanın 212 tanesi erkek olup grubun %52.6'sını, geriye kalan 191 kadın hasta %47.3'ünü oluşturmaktadır. Kadın/erkek oranı: 0.9 olarak bulunmuştur. Yaş ele alındığında erkek yaş grubu 3-73 yıl, kadın yaş grubu ise 1-63 yıl arasında değişiklik göstermektedir. Kadın gruba ait ortalama yaş 28.84±18.11 yıl, erkek gruba ait ortalama yaş 25.93±13.57 yıl olarak bulunmuştur.

Kitle Yerleşimi: Hastaların 223 tanesinde kitle yerleşimi mandibulada olup (%55.33), maksillaya ait kitle sayısı 180 (%44.6) olarak tespit edilmiştir. Maksilla/mandibula oranı 0.8 olarak bulunmuştur. Mandibulada lokalize kitlelerin %45.2'si sol (101), %39'u sağ (87)

ve %15.6'sı orta (35) kısımda yerleşimlidir. Maksillar kitlelerin ise %41.6'sı sağ (75), %36.1'i sol (65) ve %22.2'si orta (40) kısımda tespit edilmiştir.

Klinik Semptom: Anamnezler incelendiğinde hastalar en sıklıkla çenede şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Daha az sıklıkta ise, ağrılı şişlik ve tek başına ağrı görülmektedir. Diş kaybı, pürülan akıntı, rahatsızlık hissi ve parestezi daha nadir görülmekle birlikte ameliyat sonrası dönemde pürülan akıntı ve parestезinin daha sıklıkla yakınma oluşturduğu tespit edilmiştir

Radyolojik inceleme: Kliniğimizde opere edilen tüm hastalara rutin olarak ameliyat öncesi 3 yönlü kafa ve panoramik görüntüleme yapılmıştır. Diş grafileri ve bilgisayarlı tomografik inceleme rutin olarak kullanılmamıştır. Hiçbir hastadan magnetik rezonans gibi ileri radyolojik tetkik istenmemiştir. Preoperatif olarak yapılan incelemelerde özellikle panoreks görüntülerin yüksek oranlı tanı koydurucu tetkik olduğu tespit edilmiştir. Yine postoperatif dönemde hasta takibi açısından en değerli radyolojik incelemenin panoreks görüntüler olduğu gözlemlenmiştir.

Radyolojik ön tanı ve kesin patolojik tanı en yüksek oranda inflamatuvar ve gelişimsel odontojenik kistlerde uyum göstermektedir. Ancak ameliyat öncesi radiküler kistlerin kistik dejenerasyon gösteren ameloblastoma ile folliküler kistlerin ise residüel kistler ile karıştırıldığı tespit edilmiştir.

Histopatoloji: Histopatolojik olarak incelenen 403 kitlenin %29.7'sini radiküler kistler (120), %26.3'ünü epulisler (106) oluşturmaktadır. Bu kitleleri %14.8 ile folliküler kistler (60), %5.7 ile residüel kistler (23), %5.4 ile ameloblastomalar (22) ve %1.9 ile epidermal kistler (8) takip etmektedir. Daha nadir görülen kitlelerin ve non-spesifik histopatolojik tanı alan lezyonların toplam sayısı 64 olup bunlar tüm kitlelerin %15.8'ini oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tedavi: Kistik lezyonlar preoperatif klinik ve radyolojik olarak incelendikten sonra ağırlıklı olarak radyolojik ön tanılarına göre ameliyat planlaması yapılmıştır. Tüm kistik lezyonlara kist enükleasyonu uygulanmıştır. Oluşan kist boşluğunun içerisi uygun uzunlukta tampon ile doldurularak sekonder iyileşmeye bırakılmıştır. Kistik lezyonların enükle edilmesi inflamatuvar ve gelişimsel kistlerin tedavisinde büyük oranda yeterli olmuştur. Preoperatif ön tanıya göre ameliyat planlamasının en sık olarak kistik dejenerasyon gösteren ameloblastomalarda problem yarattığı saptanmıştır.

Toplam 22 tane ameloblastomalı hastanın 19 tanesine kist enükleasyonu, 3 tanesine hemimandibulektomi ve vaskülarize fibula grefti uygulanmıştır. Kist enükleasyonu uygulanan hastaların 15 tanesinde lokal nüks gözlenmiştir. Nüks gelişen

Tablo 1:

Histopatoloji	No	%
Radiküler kist	120	29.7
Epulis	106	26.3
Folliküler kist	60	14.8
Residüel kist	23	5.7
Ameloblastoma	22	5.4
Epidermal kist	8	1.9
Non-spesifik/nadir kitleler	64	15.8
santral giant cell granüloma	6	
iltihabi granülasyon dokusu	6	
osteomyelitis	6	
pleomorfik adenoma	5	
anevrizmal kemik kisti	4	
osteoma	4	
exositoz	3	
olgun kemik dokusu	3	
hyalinize fibröz doku	3	
osteosarkoma	2	
fibröz displazi	2	
ossifying fibroma	2	
osteit doku	2	
pyojenik granüloma	2	
plasmositoma	1	
osteoit osteoma	1	
gingival kist	1	
gingival hiperplazi	1	
gingivitis	1	
benign adenomatoid		
odontojenik tümör	1	
aktinomikoz	1	
odontoma	1	
embriyoner rhabdomyosarkom	1	
kötü differansiye adenokarsinom	1	
odontojenik mixoma	1	
periodontal kist	1	
osteokondrom	1	
adenomatoid hiperplazi	1	

hastalara sonradan 1 cm.lik sağlam cerrahi sınır bırakılarak segmenter rezeksiyon veya hemimandibulektomi uygulanmıştır. Oluşan kemik defektler ise K-teli, iliac kemik grefti, rekonstrüksiyon plağı, kosta grefti ve vaskülarize fibula grefti ile rekonstrükte edilmiştir (Tablo 2). İlk seansta hemimandibulektomi uygulanan hiçbir hastada lokal nüks gözlenmemiştir (Şekil 1,2).

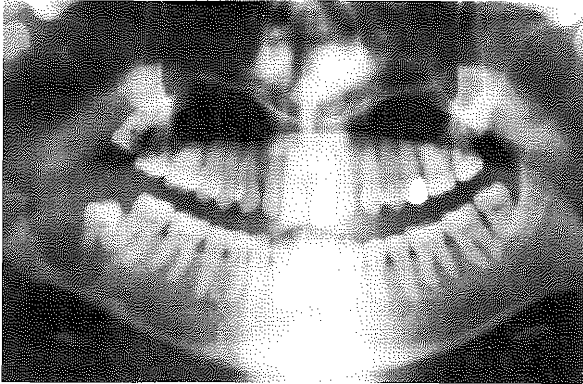
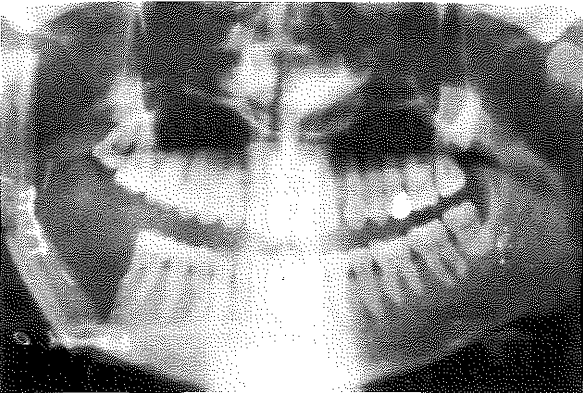
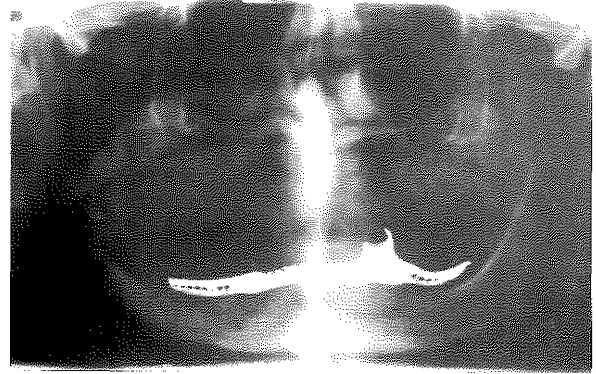
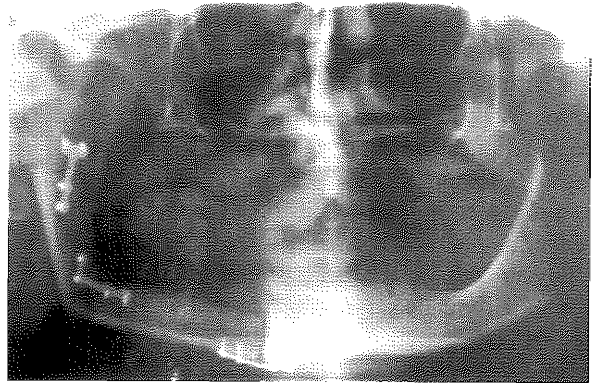
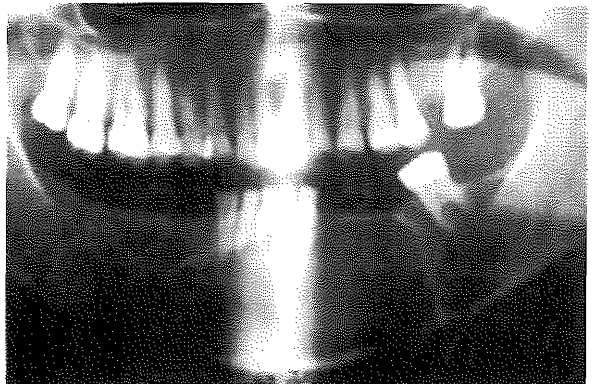
Tablo 2:

Nüks ameloblastomalar için gerçekleştirilen operasyon	No
Hemimandibulektomi+ K-teli	9
Segmenter rezeksiyon+iliac kemik grefti	2
Segmenter rezeksiyon+rekonstrüksiyon plağı	2
Segmenter rezeksiyon+kosta grefti	1
Hemimandibulektomi+vaskülarize fibula grefti	1

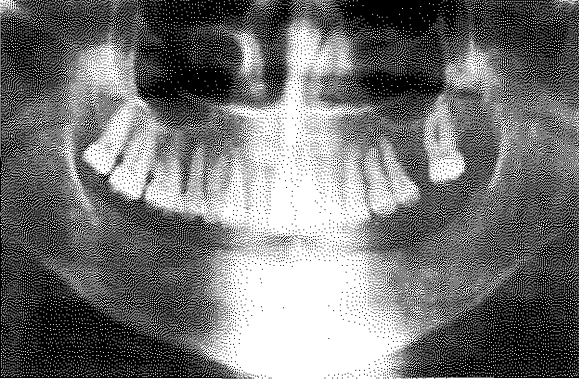
Tablo 3:

Çenenin solid kitleleri için gerçekleştirilen rekonstrüksiyon	No
Lokal mukoza flepleri ile yumuşak doku rekonstrüksiyonu	4
Hemimandibulektomi+ K-teli	1
Kondilektomi+iliac kemik grefti	1
Hemimandibulektomi+serbest fibula grefti	1

Çeneye ait solid kitlelerde ameliyat planlaması hastanın hikayesi, radyolojik incelemesi ve biyopsi sonucuna göre yapılmıştır. Solid kitlelere kistik kitlelerden farklı olarak radyolojik inceleme ile ön tanı konulamaması hastalara ameliyat öncesi biyopsi yapılmasını gerekli kılmaktadır. Cerrahi tedavi lokal eksizyon, lokal eksizyon+koterizasyon, tıraşlama, segmenter rezeksiyon, hemimandibulektomi ve maksillektomi gibi geniş bir yelpaze içerisinde gerçekleştirilmiştir. Oluşan kemik defektler ise K-teli, iliak kemik grefti ve serbest fibula grefti ile rekonstrükte edilmiştir (Tablo 3) (Şekil 3,4).

**Şekil 1:** Ameloblastomalı hastanın preoperatif panoramik görüntüsü.**Şekil 2:** Şekil 1'deki hastanın kitle rezeksiyonu sonrası eşzamanlı vaskülarize fibula grefti ile rekonstrüksiyonu (postop. 6. ay).**Şekil 3:** Plasmositoma tanısı konulan ve patolojik kırığı bulunan hastanın preoperatif görünümü.**Şekil 4:** Şekil 3'deki hastanın kitle eksizyonu ve eşzamanlı vaskülarize fibula grefti ile rekonstrüksiyonu (postop. 1. ay).**Şekil 5:** Radiküler kistin preoperatif görünümü.

Peroperatif dönemde anevrizmal kemik kisti olan bir hastada çene kırığı oluşmuş ve hastaya eşzamanlı rijid fiksasyon uygulanmıştır. Postoperatif olarak kist enükleasyonu yapılan hiçbir hastada ciddi bir komplikasyon gelişmemiştir. Enükle kistin sekonder iyileşmesi sonucunda defektin en geç 1 yıl sonunda matür kemik dokusu ile dolduğu gözlenmiştir (Şekil 5,6).



Şekil 6: Şekil 5'deki hastanın postoperatif 1. yıldaki panoramik görüntüsü.

Rekonstrüksiyon yapılan hastalarda postoperatif olarak en sıklıkla problem yaşanan hastalar K-teli ile rekonstrükte edilenlerdir. Dört hastada K-teli ekspoz olmuş ve bu hastalara sekonder sütür, lokal mukoza flebi ve K-telinin çıkarılması gibi tedaviler uygulanmıştır. Bir hasta K-telinin ekspozisyonuna bağlı olarak toplam 6 defa opere edilmiştir. Rekonstrüksiyon plağı, vaskülarize ve non-vaskülarize kemik greftleri ile yapılan rekonstrüksiyonlarda ise postoperatif olarak ciddi bir komplikasyon ile karşılaşmamıştır.

Nüks:Nüks eden tümöral kitlelerin en dikkat çeken grubu ameloblastomalardır. Nüksün en önemli nedeni bu tümörlere kitle enükleasyonu gibi ameloblastoma için oldukça konservatif bir tedavi şeklinin tercih edilmesidir. Serimizde kist enükleasyonu yapılan 19 ameloblastomalı hastanın 15 tanesinde nüks görülürken (%78.9), ilk seansta hemimandibulektomi yapılan 3 hastanın hiçbirinde nüksle karşılaşmamıştır. Ameloblastomalı grubun dışında en yüksek nüks oranları santral giant cell granülomalar (%50) ve epulislerde (%20) görülmektedir.

TARTIŞMA

Literatür incelendiğinde çeneye ait kist ve tümörlerin 2. ve 4. dekatlarda en sıklıkla ortaya çıktığı ve belirgin bir kadın-erkek ayrımının olmadığı görülmektedir ^{2,3}. Bizim çalışmamızda da ortalama yaş, kadın grubu için 28.84±18.11, erkek grubu için 25.93±13.57 yıldır. Kadın erkek oranı 0.9'dur. Ortalama yaş ve kadın/erkek oranı ele alındığında çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile paraleldir.

Her iki çenede karşılaşılan kistik ve solid kitlelerin büyük bir çoğunluğu benignidir ². İnflamatuvar kistler arasında en sıklıkla görülen kistik lezyonlar radiküler kistler olup bu lezyonlar bizim çalışmamızda da en büyük grubu oluşturmaktadırlar ⁴. Radiküler kistlerin en sık anterior maksillada yerleştiği gösterilmekle birlikte, çalışmamızda sol mandibula en sık yerleşim yeri olarak bulunmuştur ⁵. Kist enükleasyonu sonucunda oluşan

kavitenin 6-12 ay içerisinde dolduğu klasik literatür bilgisidir ². Bizim hastalarımızda da bu iyileşme süresi literatür ile paralellik göstermiştir. Çalışmamızdaki solid kitleler incelendiğinde bunların büyük bir kısmının benign kitleler olduğu ve küretaj, lokal eksizyon ve kontur düzeltme gibi tedavilerin bu tip tümörler için yeterli olduğu gözlenmiştir .

Ameloblastomalar ele alındığında, bu tümörlerin literatürde radyolojik incelemede daha çok folliküler kistler ile karıştırılırken bizim serimizde radiküler kistler ile karıştırıldığı tespit edilmiştir ⁶. Bunun sebebi muhtemelen radiküler kistlerin bizim serimizde en sıklıkla görülüyor olması olabilir. Literatürde ameloblastomaların nüks oranı radikal tedavi görenlerde %20 olarak verilirken, küretaj ve enükleasyon yapılanlarda %20-90 olarak verilmektedir ^{7,8}. Bizim serimizde ameloblastoma nüks oranı enükleasyon uygulanan hastalar için %78.9'dur. Bunun sebebi de literatürde belirtildiği gibi tedavinin yetersiz kalması yani hastalara ilk ameliyatlarında yeterince radikal girişimler yapılmamasıdır. Daha radikal yaklaştığımız ve ilk seansta hemimandibulektomi yaptığımız 3 hastada ise nüks görülmemiştir.

Kliniğimizde yapılan çeneye ait kitle ameliyatlarında en göze çarpıcı gelişme zaman içerisinde gelişen rekonstrüksiyon teknikleridir. Yirmi bir yıllık taramada ilk yıllarda K-teli ile yapılan rekonstrüksiyon çok sık komplikasyon gözlenmesine rağmen tercih edilen tekniktir. Daha sonraki yıllarda non-vaskülarize kemik greftleri ve rekonstrüksiyon plağı kullanımı göze çarpmaktadır. Son yıllarda ise vaskülarize kemik greftleri ile rekonstrüksiyon tercih edilmektedir.

Vaskülarize kemik greftleri özellikle ameloblastoma gibi nüks riski oldukça yüksek olan kitlelerin tedavisinde radikal davranma olanağı vermekte ve nüks gelişimini engellemektedir. Ek olarak vaskülarize kemik grefti kullanımı defektin tam anlamı ile rekonstrükte edilmesini sağlamaktadır. Bizim hasta grubumuz içerisinde hiçbir hastaya diş implantı uygulanmamasına karşın diş ve çiğneme fonksiyonlarının geri kazanımı bu hastalar için mümkündür. Yine bu hastalarda postoperatif erken ve geç dönem komplikasyon riski diğer rekonstrüksiyon teknikleri ile kıyaslandığında daha azdır.

Dr. Nilgün MARKAL ERTAŞ

Yazıkırı B. Sit. A3/23

06530 Ümitköy, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Reichart P.A., Ries P. Considerations on the classification of odontogenic tumours. Int J Oral Surg 1983;12:323-333.
2. Jackson I.T., Shaw K. Tumors of the craniofacial skeleton, including the jaws. In: McCarthy J.G.ed. Plastic Surgery: Philadelphia; W.B. Saunders Company, 1990;

- 5336-5411.
3. Bhaskar S.N. Periapikal lesions-types, incidence and clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Path.* 1966;21:657-671.
 4. Browne R.M. The pathogenesis of odontogenic cysts: A review. *J Oral Pathol* 1975; 4:31-46.
 5. LaLonde E.R. A new rationale for the management of periapical granuloma and cysts: an evaluation of histopathological and radiographic findings. *J Am Dent Assoc.* 1970; 80: 1056-1059.
 6. McDaniel R.K. Odontogenic cysts and tumors. In: Thawley S.E., Panje W.R. eds. *Comprehensive management of head and neck tumors.* Philadelphia; W.B. Saunders Company.1987;1446.
 7. Reichart P.A., Philipsen H.P., Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Oral Oncol Eur J Cancer.* 1995; 31: 86-99.
 8. Sehdev M.K., Huvos A.G., Strong E.W., Gerold F.P., Willis G.W. Proceedings: Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 1974; 33: 324-333.