

ODONTOJENİK MİKSOMLAR: 3 vakada histopatolojik, histokimyasal ve ultrastrüktürel çalışma

Uzm. Dr. Naciye ARDA (*), Prof. Dr. Misten DEMİRYONT (**), Prof. Dr. Yener AYTEKİN (***)
Uzman Dr. Selma ERGUN (****)

ÖZET: Odontojenik miksomlar diş germ tabakasının mezoderminden köken aldığı düşünülen, lokal nüksleri sık, ancak uzak metastazı saptanmayan nadir görülen selim tümörlerdir. 2-4. yaş dekadında daha sık görülür. Klinikte ağrısız, yavaş büyüyen kitle olarak saptanır, büyük boyutlara erişebilir, sıklıkla gömülü dişlerle birlikte görülür. Düzensiz kemik infiltrasyonu yapması tümörün total çıkarılmasını güçleştirir. Odontojenik miksomlarda ayırıcı tanı çene kemiklerinde nadir görülen primer ya da metastatik miksoid liposarkom, miksoid değişiklikler gösteren fibrosarkom ve kondromiksoid fibromdan yapılmalıdır. İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı arşivinde kayıtlı 3 odontojenik miksom vakası histopatolojik, histokimyasal ve bir vaka elektron mikroskopik olarak incelendi ve literatür bilgileri gözden geçirildi.

ANAHTAR KELİMELE: Odontojenik miksom, çene kemikleri.

SUMMARY: Odontogenic myxoma of the jaw bones is an uncommon, benign, locally aggressive, and nonmetastasizing neoplasm that probably arises from the primitive mesenchymal structures of a developing tooth. It usually occurs in the 2nd-4th age decades. Most cases are asymptomatic and the rate of growth is usually slow. Odontogenic myxomas are commonly associated with unerupted teeth. If it erodes bones irregularly, complete removal of the tumor difficult. Differential diagnosis should be done with primary or metastatic myoid liposarcoma, fibrosarcoma with myxoid changes and condromyxoid fibroma. In this paper we studied 3 odontogenic myxomas histopathologically, histochemically and ultrastructurally for one case and review the literature.

KEY WORDS: Odontogenic myxoma, jaw bones.

GİRİŞ

Odontojenik miksomlar diş germ tabakasının mezoderminden köken aldığı düşünülen, lokal nüksleri sık, ancak uzak metastazı saptanmayan nadir görülen selim tümörlerdir (1,3,4,8,10).

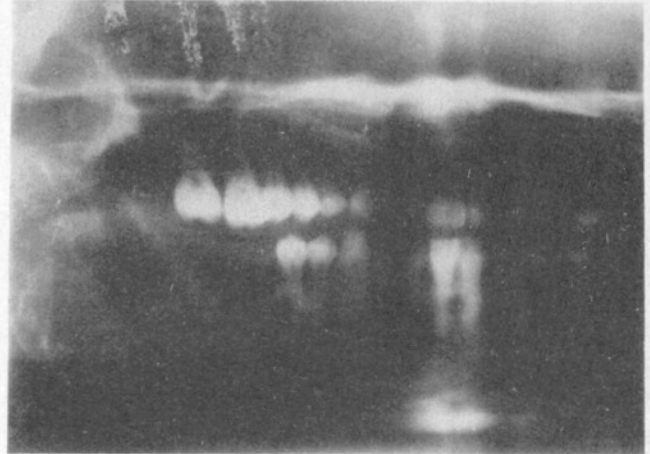
İlk kez 1957'de Cernea ve Katz tarafından tanımlanmıştır (3,8'den naklen). Her yaşta görülebilmeye karşın 2.-4. yaş dekadında daha sık görülür. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra ise çok nadirdir (3,4,5,8).

Her iki seksde eşit oranda görülür (1,3,5,6). Bazı araştırmacılar maksilla (7), bazıları ise mandibula (1,3,5) yerleşiminin daha sık görüldüğünü bildirmişler. Bazı yayınlarda ise eşit oranlar verilmiştir (8). Tümör ağrısız, yavaş büyüyen kitle şeklinde görülür. Büyük boyutlara erişebilir. Dişlerde yer değişimi veya kök erimesi yapabilir. Odontojenik miksomlar sıklıkla gömülü dişlerle birlikte görülür. Düzensiz olarak kemik infiltrasyonu görülmesi bu tümörün total çıkarılmasını güçleştirir (1,3,5,7,9,10).

GEREÇ VE YÖNTEM

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D. arşivine kayıtlı 3 miksom vakası histopatolojik, histokimyasal ve bir vaka ultrastrüktürel olarak incelendi.

Vakalarımıza Periyodik asit-Shiff (PAS) ve pH2.5 % 0.1'lik Alcian blue boyası uygulandı; bir vakada (Pat. prot no 5396/90) taze dokudan alınan 1 mm'lik örnek tamponlanmış formalin ile fiks edildi. Veronal asetat tampon çözeltisinde yıkandı. % 1'lik osmium tetroksit ile post fiksasyon yapıldı. Aseton çözeltileri ile dehidrate edildi. Vestopalde bloklandı. LKB ultramikrotomunda 1 mikron kalınlıkta kesitler hazırlanarak metilen mavisi ile boyandı. İnce kesitlerden uygun bölgeler seçildi. Bu bölgelerde 500-700A kalınlıkta kesitler alınarak, uranil asetat-kurşun sitratla kontras yapılarak elektron mikroskopunda incelendi.



Resim 1 : Mandibulada yer alan miksom vakamızın radyolojik görünümü. Lezyon multiloküler olup, düzensiz ince septumlarla bölmelere ayrılmıştır. Pat. prot no: 5396/90.

OLGULAR

Vaka 1: Pat. prot no: 34/89; 36 yaşında erkek hasta. Diş çekiminden 5-6 ay sonra sağ maksillada gittikçe büyüyen şişlik oluşmuş, ağrı yok.

Klinik tanı: Fibromiksom.

Makroskopik olarak 4.5x3.5x2.5 cm ölçüsünde nodüler görünümde, sert kıvamlı doku parçası. Her iki ucunda 3x1x0x.5 cm ve 1x1x0.3 cm ölçüsünde kemik parçası bulunmakta ve tümören orta kısımları daha yumuşak ve parlak gri pembe görünümündedir.

Mikroskopik tanı: Odontojenik miksom.

Vaka 2: Pat. prot no: 5296/90; 23 yaşında erkek hasta. 45 yıldır sağ maksillada şişlik şikayeti var. Kitlede büyüme yok, ağrı yok, kanama yok.

Klinik tanı: Fibromiksom.

Makroskopik olarak büyüğü 6x4x2.5 cm. ölçülerinde gri beyaz renkli, sert kıvamlı tümöral doku ile yanında düzensiz kemik parçaları.

Mikroskopik tanı: Odontojenik miksom.

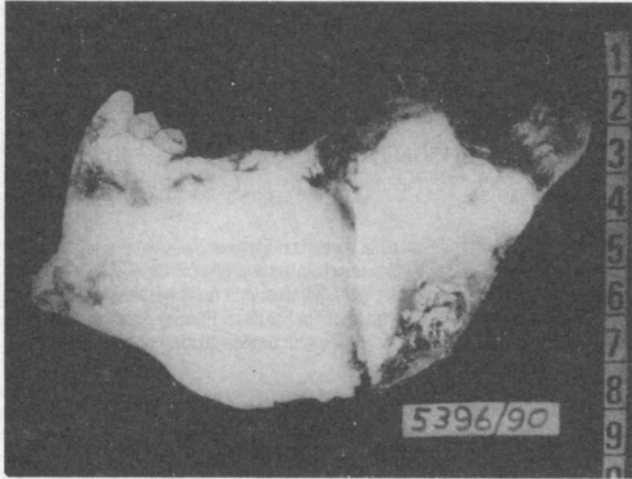
* Vakıf Garaba Hastanesi Patoloji Kliniği

** İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

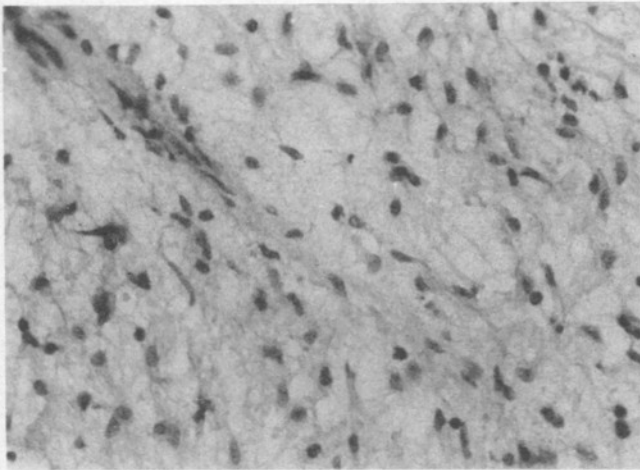
*** İstanbul Tıp Fakültesi Histoloji ve Embrioloji Anabilim Dalı

**** Vakıf Garaba Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği

IX. Ulusal Patoloji Kongresi (1900)'nde poster olarak sunulmuştur.



Resim 2 : Aynı vakanın makroskopik görünümü.



Resim 3 : Gevşek bazofilik stroma içinde dağınık uzantılı ve iğsi hücreler H.E.x500.

Vaka 3: Pat. prot no: 5396/90; 37 yaşında kadın hasta. 5-6 yıldır 2 diş çekimini takiben sağ mandibularda şişlik, gidecek büyümüş. 2 aydır çiğneme sırasında ağrı şikayeti var.

Radyoloji: Sağ mandibulayı tutmuş, angulusa dek uzanan multiloküler radyolüsent alanlar görülmekte (Resim 1).

Klinik tanı: Ameloblastom.

Makroskopik olarak 12x7x6 cm. ölçülerinde, üzerinde 3 adet diş görülen hemimandibulektomi piyesi. Kesitinde bulunduğu yerde kemiği destrükte etmiş, gri pembe beyaz renkli, elastik sert kıvamlı tümör yapısı görülmektedir (Resim 2).

Mikroskopik tanı: Odontojenik miksom.

TARTIŞMA

Odontojenik miksomlar, gelişmekte olan dişin primitif mezenkimal pulpasını taklit ettiği düşünülen nadir tümörlerdir (5,9). Radyolojik olarak tümör uniloküler veya multiloküler translüsent alanlar şeklindedir. Büyük multiloküler lezyonlarda düzensiz ince septumlar görülür (1,2,5,8,9). Bizim radyografisini gördüğümüz vakamızda da kemiği destrükte etmiş multiloküler radyolüsent alanlar şeklinde tümör yapısı görülmektedir.

Makroskopik olarak tümör yumuşak, düzgün, gri, parlak

görümüllü, iyi sınırlı olmayan kitle şeklindedir (1,3,7,8). Bizim vakalarımızın makroskopik görünümü de kaynak verilerle uyumluydu.

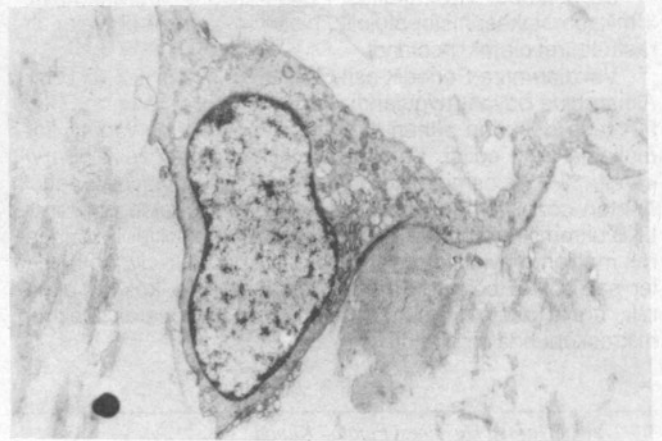
Mikroskopik olarak gevşek retiküler matriks içinde dağınık yerleşmiş, uzantılı veya iğsi hücreler görülür. Uzantılı hücrelerin nüveleri hiperkromatiktir ve miksomatöz matriks içinde sitoplazmik uzantılar görülür. Stromada ince retikülün iplikçikler vardır ve nadiren odontojen epiteli anımsatan epitelyal kalıntılar görülebilir (3,4,6,8). Alcian blue boyası ile matriks pozitif boyanma gösterir. Hyaluronidase ile muameleden sonra boyanma özelliğinin korunduğu görülür (2,6). Vakalarımızda mikroskopik olarak gevşek, hafif bazofilik boyanan matriks içinde dağınık yerleşim gösteren iğsi hücreler, PAS boyası ile gevşek retiküler matriks içinde sitoplazmaları PAS (+) boyanan uzantılı hücreler ve kısmen uzantılı damar kesitleri görüldü (Resim 3). Alcian blue ile matriks (+) boyanma gösterdi. Odontojen epitel adacıklarına rastlanılmadı.

Elektron mikroskopik olarak tümör ince granüler matriks ve dağınık kollagen iplikçikler gösterir. Tümör hücreleri üç köşeli veya uzantılı olup nükleus sınırları düzensizdir. Düzensiz kromatin birikimi görülür. Nüvede bir veya iki nükleolus bulunur. Poruslar görülen nükleer membran nüveye bitişiktir. Sitoplazmik sınırlar çok sayıda girintiler gösterir. İyi gelişmiş kaba endoplazmik retikulum vardır. Sıklıkla dilate, amorf madde dolu boşluklar oluştururlar. Golgi kompleksi değişik oranlarda bulunabilir. Sitoplazmada mitokondrium, glikojen partikülleri, lipid vakuoller görülebilir. Sitoplazmada yoğunlaşmalar gösteren mikrofilamentler de bulunur (2,5).

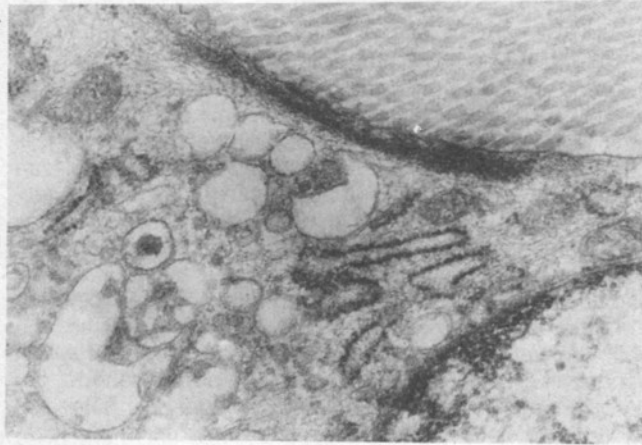
Biz de elektron mikroskopik olarak incelediğimiz vakamızda (Pat. prot no: 5396/90); uzantılı sitoplazma sınırları kısmen düzensiz hücre, hücrenin büyük kısmını kaplayan nükleus, kaba ve periferik dağılım gösteren kromatin yapısı (Resim 4), sitoplazmada çok sayıda dilate, amorf madde dolu kaba endoplazmik retikulum, glikojen partikülleri, nüveye komşu kollagen ve düzenli sitoplazma membranına yakın pinositik veziküller gördük (Resim 5). Tümörün mesenkimal orijinli olduğu görüşünü (5) destekledik.

Odontojenik miksomlarda ayırıcı tanı çene kemiklerinde nadir görülen primer ya da metastatik miksoid liposarkom, miksoid değişiklikler gösteren fibrosarkom ve kondromiksoid fibromdan yapılmalıdır (1,2,8,9).

Miksoid liposarkomlar kural olarak hücreden daha zengindir ve uzantılar gösteren zengin bir kapiller ağına sahiptir (2,6). Miksoid liposarkomlarda alcian blue boyası uygulandığında matriks pozitif boyanmaktadır. Hyaluronidase ile mua-



Resim 4 : Uzantılı, sitoplazma sınırları kısmen düzensiz hücre. Hücrenin büyük kısmını kaplayan nükleus, hücreye komşu kollagenx19330.



Resim 5: Hücre membranına komşu kollagen, bu bölgede yoğunlaşma gösteren sitoplazma içi mikrofilamentler, çok sayıda kaba endoplazmik retikulum, glikojen partikülleri x 91000.

mele edildikten sonra alcian blue ile boyandığında miksoid liposarkomlarda boyanma görülmez, miksomlarda ise matrisde görülebilen lipoblastı andıran vakuoler hücrelerde mukopolisakkarit birikimi gösterilebilir (6).

Fibrosarkomlarda miksomatöz değişiklikler sık görülür ve bazen miksomdan ayırımı çok güç olabilir, ancak fibrosarkomda iğ biçimli hücrelerin çaprazlaşan demet yapıları oluşturması, stromanın miksoma kıyasla kıt olması ve kollagen yapması ayırıcı tanı için yardımcıdır (2,3,8,9).

Kondromiksoid fibromlarda görülen lobülasyon ve bu lo-

bülasyon çevresinde yoğun hücre birikimi, yer yer osteoklastik dev hücreleri miksomlarda izlenmez (2,3,8,9). Biz de vakalarımızın bu tümörlerle ayırıcı tanısını yaptık.

Odontojenik miksomlar kuvvetli nüks eğilimleri nedeniyle infiltratif tümör kabul edilmeli ve tedavi buna göre planlanmalıdır. Sıklıkla operasyondan sonraki ilk 2 yılda nüks görülür. Bu nedenle geniş total rezeksiyon uygulanmalıdır. Bizim iki vakalarımızda maksilla lokalizasyonlu olup geniş tümör rezeksiyonu, mandibula lokalizasyonlu vakada ise hemimandibulektomi uygulandı. Tümör tek başına radyoterapiye iyi yanıt vermez (3,8,9). Hastaların operasyon sonrası takipleri yapılmadı.

KAYNAKLAR

1. Cuestas-Carnero R, Bacchur R.O, Gendelman H: Odontogenic myxoma: Report of a case. J. Oral Maxillofac. Surg. 46: 705, 1988.
2. Feldman P.S.: A comparative study including ultrastructure of intramuscular myxoma and myxoid liposarcoma. Cancer 43: 512, 1979.
3. Ghost B.C, Huvois A.G, Gerold F.P, Miller T.P.: Myxoma of the jaw bones. Cancer 31: 237, 1973.
4. Kromer I.R.H, Pindborg J.J, Shear M: The WHO Histological typing of Odontogenic Tumours. Cancer 70 (12): 2988, 1992.
5. Moshiri S, Oda D, Worlington P et al: Odontogenic myxoma: Histochemical and ultrastructural study. J. Oral Pathol Med 21: 401, 1992.
6. Slootweg P.J, Van Dean Bost T; Straks W: Glycosaminoglycans in myxoma of the jaw: A biochemical study. Journal of the jaw: A biochemical study. J. Oral Pathology 14: 299, 1985.
7. Stabholtz A, Heling I, Friedman S, Azaz B: Odontogenic myxoma in the maxillary premolar region. Journal of Endodontics 13: 182, 1987.
8. Tahsinoğlu M, Yüce K, Çöloğlu A.S: Çene miksomları. İ.Ü. Diş Hek. Fak. Dergisi, 9: sayı 1, 1975.
9. Taxy J.B.: Surgical Pathology of the Head and Neck (short course). Modern Pathology 5 (6): 669, 1992.
10. Webb D.J, Colman M.F, Canalis R: Odontogenic myxoma. Int. J. Oral Surg. 13: 448, 1984.