

FİBROMİKSOM (Bir olgu nedeniyle)

Doç. Dr. Nevin Akyüz(*) • Dt. Özen Doğan(**) • Doç. Dr. Metin Alatlı(***)

ÖZET: Bu yazımızda 9 yaşında bir erkek hastada, sağ alt çenede bir fibromiksom olgusu bildirilerek, histopatolojik incelemenin önemi üzerinde duruldu.

SUMMARY: *Fibromyoma:* In this article a case of fibromyxoma of the right mandible in a 9 year old male patient has been described and the importance of the histopathological examination was emphasized.

Göbek kordonunda bulunan ve Wharton peltesi adını alan peltemsi bağ dokusundan meydana gelen tümörlere miksom denir.

Miksomlar iyi huylu, yerel invazyon gösteren tümörlerdir. Çene miksomlarının klinik olarak tanımlanmasında patognomotik bir bulgu yoktur. Yavaş büyürler ve genellikle ağrı yapmazlar. Şişlik başlıca klinik bulgudur. Hastalar hekime çenelerindeki şişliği farkettilerinde gelirler ve tümör bu safhada oldukça büyük boyutlara ulaşmıştır. Tümöre bağlı olarak diş köklerinde erime ve dişlerde de lüksasyon meydana gelebilir (4, 6, 8, 9). Bazı olgularda tümörün alt çenede nervus alveolaris inferior üzerinde baskı yapması sonucu anestezi görülebilir (2).

Miksomlar yaşamın ikinci ve üçüncü dekadında daha sık görülüp, cinsiyet ayırımı yapmazlar (8, 9, 10, 11).

Miksomlar radyografide başlangıç safhasında nonspesifik osteolitik alanlar şeklinde görülür. İyice büyüdülerinde monokistik veya polikistik görüntü verirler. Tümörün bulunduğu bölgede gömük dişlere, kök rezorbsiyonlarına rastlanabilir (4, 6, 8, 9).

Miksomlar makroskopik olarak gri-beyaz renkli, jelatin kıvamında ve kolayca parçalanabilen, gevşek bir dokudur (4, 5, 6, 9).

Mikroskopik olarak incelendiğinde lifsel ara madde içinde serpilmiş yıldızlı hücreler görülür. Bu hücrelerin çekirdekleri hiperkromatik, oval, sitoplazma sınırları belirsiz ve uzantılıdır. Bazı lezyonlarda kollagen lifler oldukça fazladır. Bu tür miksomlara "fibromiksom" adı verilir (3, 4, 5, 7, 9).

OLGU

E. B. adında 9 yaşında erkek hasta, 29.7.1987 tarihinde İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalına sağ alt çenesindeki kistten ameliyat olmak için bir dişhekimisi tarafından gönderilmiş. Daha önce sağ alt çenesindeki süt azı dişinde sallanma ve yüzündeki ağrısız şişlik nedeniyle bir dişhekimine başvuran hastanın, alınan radyografisinde kistik alan görülmüş, alt sağ II. süt azı dişi çekilerek bir miktar kist sıvısının çekim yerinden aktığı gözlenmiş ve ameliyat için kliniğimize sevk edilmiş.

Hastanın ekstraoral muayenesinde sağ alt çenede angulus bölgesine doğru yayılan

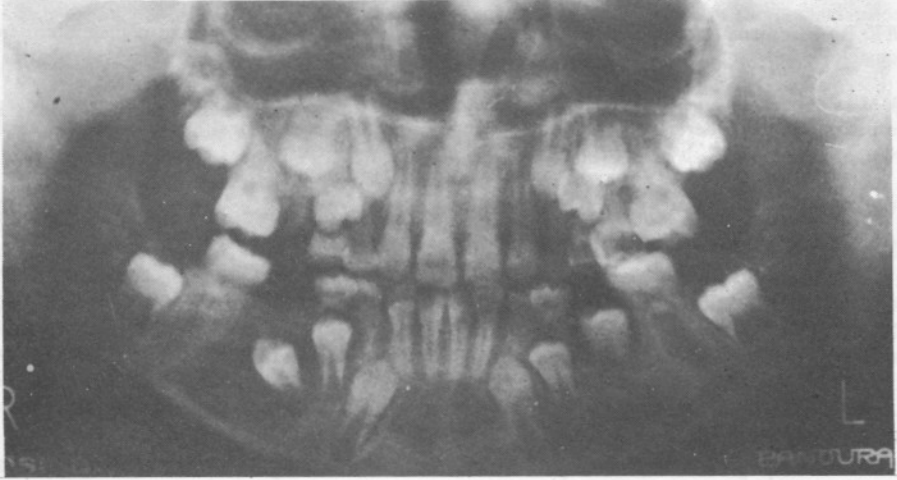
(*) İ. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı Öğr. Üyesi

(**) İ. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

(***) İ. Ü. Onkoloji Ana Bilim Dalı Öğr. Üyesi

bir şişlik saptandı. Ağız içinde süt azıları bölgesinde vestibülde kabarıklık görüldü. Panoramik radyografide sağ alt çenede süt kanin dişi ile arkada 6 yaş dişinin mesiali arasında, aşağıda alt çene kemiğinin basisine kadar uzanmış uniloküler radyolusent bir bölge tesbit edildi. Bu radyolusent alan içinde 1. ve 2. küçük azı dişlerinin germeleri bulunuyordu (Resim 1).

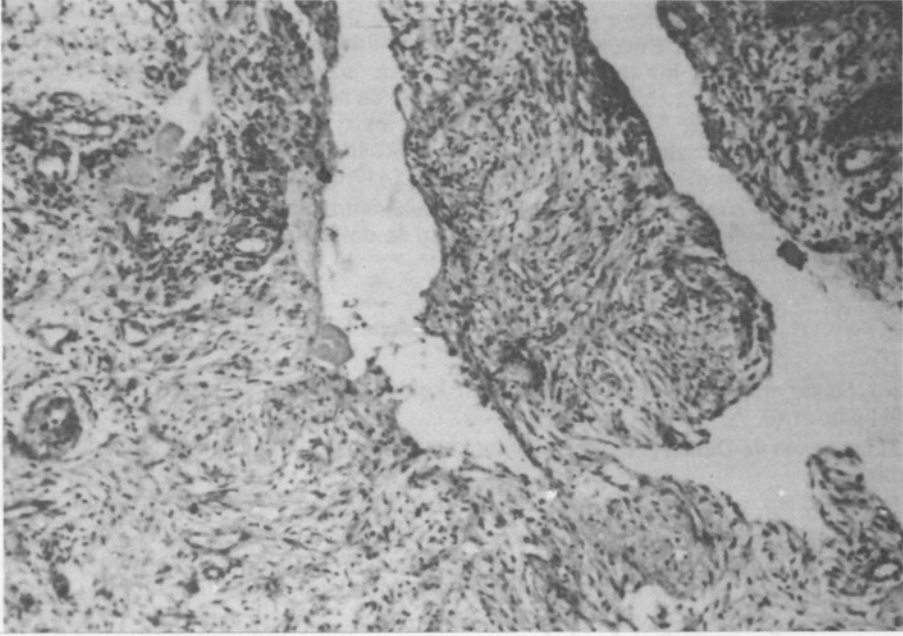
İlk önce radiküler kist olduğunu düşündüğümüz olguyu çekim yerinden bir lastik dren



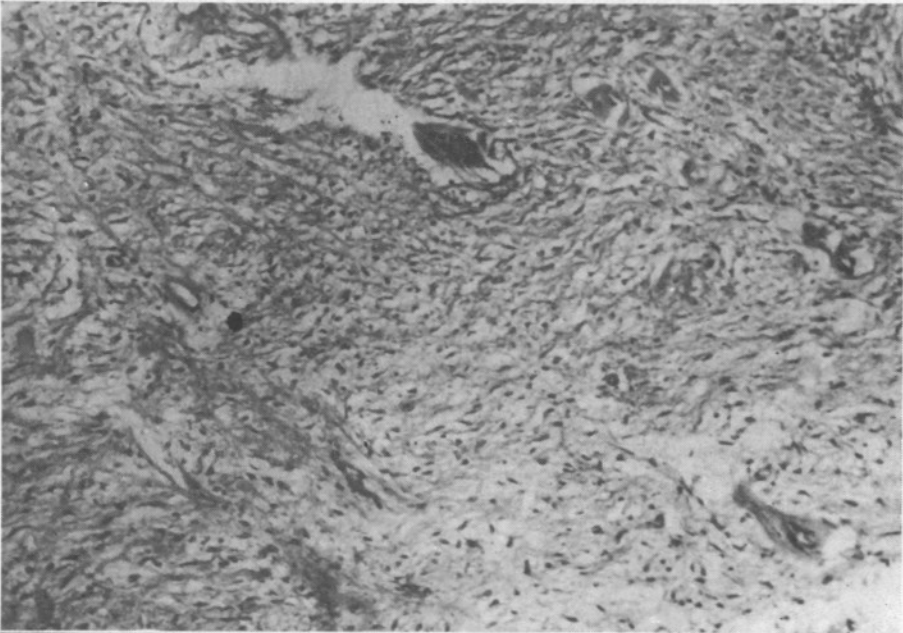
Resim 1: Fibromiksom olgusunun operasyondan önceki radyografik görünümü. (Sağ alt çenede).



Resim 2: Hastanın 1 yıl sonra yapılan radyolojik kontrolünde sağ alt çenedeki lezyonun tamamıyla yeni kemik dokusu ile dolduğu görülmektedir.



Resim 3: Fibröz ve miksomatöz sahalar görülmektedir. (H. E. X 125).



Resim 4: Fibromatöz ve miksomatöz sahaların daha belirgin görünümü. (H. E. X 200).

koyarak drene etmeye başladık, ancak iki ayda yapılan kontrollerde en ufak bir düzelme görmediğimizden kisti enüklea etmeye karar verdik. 2.10.1987 tarihinde lokal anestezi altında, lezyon ve 1. 2. küçük azı dişlerinin germeleri ile sağ alt 6 yaş dişi çıkarıldı. Operasyon sırasında kürete edilen parçalardan lezyonun kist olmadığı, gevşek, yumuşak kıvamlı bir doku olduğu görüldü. Bu nedenle lezyon iyice kürete edildikten sonra sağlam kemikten bir iki milimetre frezlenerek insizyon yeri kapatıldı. Kürete edilen parçalar İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Patoloji Birimine gönderildi. Mikroskopik tanı fibromiksom idi (Biopsi Prot. No: 1417/87), (Resim 3, 4).

Hastanın 1 yıl sonra yapılan klinik ve radyolojik kontrolünde patolojik bir bulgu saptanmadı. Enüklea edilen kısmın yeni kemik dokusu ile dolduğu görüldü (Resim 2). Hasta 1 sene sonra tekrar kontrole çağrıldı.

TARTIŞMA

Kaynaklar incelendiğinde, miksomların kemiklerde nadir olarak ortaya çıktıkları görülmektedir (3, 7, 11).

Zimmerman ve Dahlin (11), 2276 primer kemik tümöründen 26'sını miksom olarak kaydetmişlerdir.

Stout (7) ise, yaptığı literatür taramasında 140 miksom olgusundan 10'unun kemiklerde oluştuğunu bildirmiştir.

Ghosh ve arkadaşları (3), 8723 primer kemik tümörlü hasta üzerinde yaptıkları çalışmada sadece 10 çene kemiği miksomuna rastladıklarını ifade etmişlerdir.

Miksomlar genellikle yavaş büyüyen tümörlerdir.

Tamamen santral olanları, yani ağız mukozası ile hiçbir ilişkisi olmayan miksomlar çenelerde yaptıkları şişliklerle kendilerini farketirlerken, processus alveolarisi tutan lezyonlar ağız boşluğuna da açılarak epulisi düşündürebilirler (4, 5, 6).

Çene miksomları ile çenelerin diğer santral lezyonları arasında klinik ve radyolojik olarak belirli bir fark yoktur. Santral fibrom, dev hücreli reparatif granuloma, ameloblastoma, diğer odontojen tümörler ve kist ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Bizim olgumuz da önce kist tanısı ile tedavi edilmeye çalışılmış, ancak drenlemede herhangi bir iyileşme görülmediği için operasyona karar verilmiştir.

Miksomlar kapsüllerinin olmayışına ve kemiğe invazyon yapmalarına rağmen iyi huylu tümörlerdir. Ancak operasyonlarında konservatif davranmayıp daha radikal çalışılmalıdır (1, 6, 8, 9, 10). Yazarlar küretajdan sonra % 25 oranında residive rastlandığını kaydetmişlerdir (1, 6).

Killey (5), tümörün invaziv büyümesi nedeniyle kemik içinde arta kalan tümör parçacıklarının residive neden olabileceğini ve bu nedenle cerrahi ile birlikte radyoterapinin daha yararlı olabileceğini belirtmiştir.

Tansinoğlu ve arkadaşları (10), radyoterapinin olumsuz etkilerini de düşünerek, büyük tümörlerde yalnızca rezeksiyon uygulanmasının daha uygun olacağı fikrini savunmuşlardır.

Bizim olgumuzda operasyon sırasında lezyonun kolayca parçalanması ve miksoid bir dokunun varlığı, operasyonu daha radikal tutmamıza neden oldu. Tümör iyice kürete edildikten sonra kemik kavitesi keskin büyük ront frezlerle 1-2 mm kadar freze edildi. Bir sene sonra yapılan kontrolde de herhangi bir residivin olmadığı görüldü. Hasta halen kontrolümüz altında bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Adamo, A. K., Locricchio, R. C., Freedman, P.: Myxoma of the mandible treated by peripheral osteotomy and immediate reconstruction: Report of case. J. Oral Surg., 38: 530-533, 1980.

- 2- Bojrab, D. G., Topazian, R. G.: Large myxoma of the mandible, J. Oral Surg., 29: 371-376, 1971.
- 3- Ghosh, BbC., Huvoş, A. G., Gerold, F. P., Miller, T. R.: Myxoma of the Jaw Bones, Cancer 31: 237-240, 1973.
- 4- Gorlin, J. R., Goldman, M. H.: Thomas Oral Pathology, The Mosby Comp., 1970.
- 5- Killey, H. C., Kay, L. W.: Fibromyxomata of the jaws. Brit. J. Oral Surg., 2: 124-130, 1965.
- 6- Koblin: Klinik, Beurteilung und Behandlung der odontoenen. Myxoma (Fibromyxoma) Dtsch. Zahnarzt Z. 32, 788-793, 1977.
- 7- Stout, A. P.: Myxoma, the tumor of primitive mesenchyme, Ann. Surg., 127: 706-719, 1948.
- 8- Tahsinoğlu, M., Çöloğlu, A. S.: Odontogenic myxoma: Report of case. İ. Ü. Dişhek. Fak. Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 4, 1975.
- 9- Tahsinoğlu, M., Çöloğlu, A. S., Erseven, G.: Odontojen tümörler. Bozak Matb., 1st. 1981.
- 10- Tahsinoğlu, M., Yüce, K., Çöloğlu, A. S.: Çene miksonları, İ. Ü. Dişhek. Fak. Dergisi, Cilt: 9, Sayı:1, 1975.
- 11- Zimmerman, D. C., Dahlin, D. C.: Myxomatous tumors of the jaws. Oral Surg. 11: 1069-1080, 1958.