

Maksiller miksuma

Ümit Belet, Banu Bağlan Sakan, Hüseyin Akan, Kamuran Yakubov

Ü. Belet (E), B. Bağlan Sakan, H. Akan, K. Yakubov
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji
Anabilim Dalı, Samsun

Miksoma etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen, benign mezenchimal bir tümördür. Çoğunlukla osteojenik ya da odontojenik bir orijine sahip olmakla birlikte, kalp, deri, baş ve boyunun deri altı dokusundan da kaynaklanabilir (1). Kemikte olduğunda sıklıkla maksilla ve mandibulanın ortasında yerleşim gösterir. Nadiren maksiller sinüste de olabilir (2).

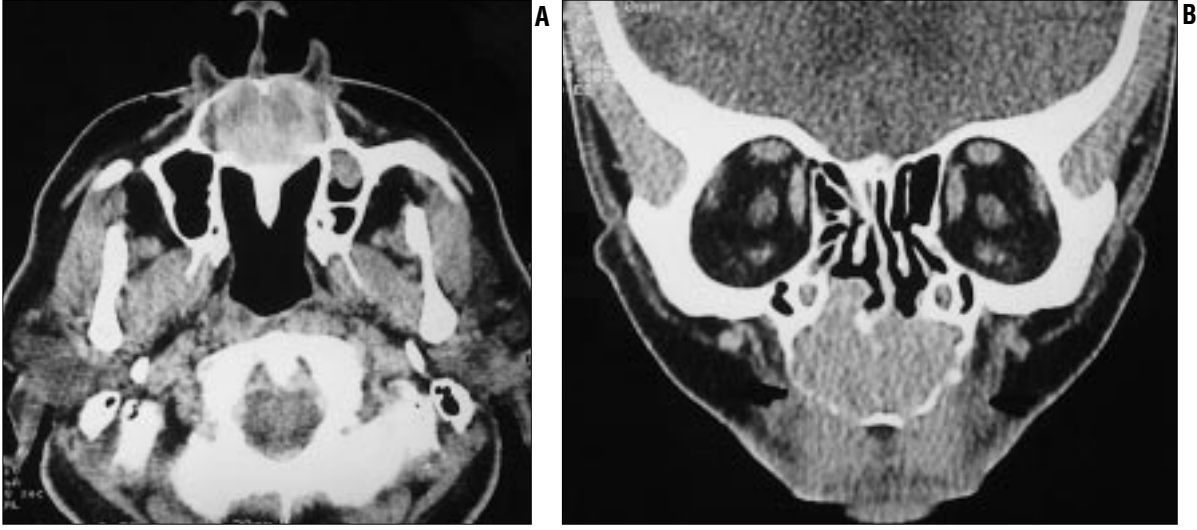
Bu çalışmada, maksiller kemik anteriorunu tutan, uzun bir zaman süresince özelliklerinde değişiklik olmayan bir miksuma olgusu sunulmuş, radyolojik bulguları gözden geçirilmiştir.

Olgu bildirisi

Kırkdört yaşındaki erkek hasta giderek artan burun akıntısı yakınması ile başvurdu. Hastanın öyküsünden ve dosyasından ilk defa 9,5 yıl önce aynı yakınmalarla hastaneye başvurduğu, yakınmaları başlamadan 6 yıl önce trafik kazasında kafa travması geçirdiği öğrenildi. O tarihte yapılan muayenesinde burun sol tarafında kitle ve rinore bulunduğu ve BT incelemesinde maksiller kemik anteriorunda ekspansiyona ve kortikal incelmeye yol açan kitle saptandığı, yapılan biyopsinin sonucunun miksuma olarak geldiği, ancak hastanın operasyonu kabul etmediği anlaşıldı. Yeniden yapılan incelemesinde burun sol pasajında tabana yerleşmiş, inferior konkayı ve septumun alt kısımlarını tutan, yaklaşık 2x1cm'lik kitle saptandı. Kontrastlı BT incelemesinde maksiller kemik anteriorunda yer alan, sert damak ön kısmını tutan ve aşağıda ön alveollerde ekspansiyona ve kortikal incelmeye yol açan, yukarıda nazal boşluğa ilerleyen, nazal septum ve sol inferior konkaya uzanan, kortekste incelmeye ve yer yer devamsızlığa sebep olan, 34x43 mm boyutlu, iyi sınırlı, düşük yoğunlukta kontrastlanan, homojen kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Eski BT incelemesinin raporu ve yeni inceleme bulguları karşılaştırıldığında kitlenin özelliklerinin değişmediği, sadece kitle boyutlarında milimetrik bir artış olduğu saptandı. Operasyonda kitle lezyonu çıkarıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesinde yaygın mukoid dejenerasyon gösteren ve birbirinden ayrık, iç çekirdekli hücrelerden oluşan benign karakterde tümöral yapı izlendi ve miksuma tanısı kondu.

Tartışma

Maksiller miksuma ilk olarak 1871 yılında Virchow tarafından tanımlanmıştır. Oldukça nadir görülen bir tümördür. Ghosh ve arkadaş-



Resim 1. A. Aksiyal kontrastlı BT kesitinde maksilla anteriorunda kortikal incelmeye yol açan uniloküler yumuşak doku kitlesi izleniyor. **B.** Koronal plandaki incelemede kitlenin nazal boşluğa uzanımı değerlendiriliyor.

larının yaptığı bir çalışmada 8.723 primer kemik tümörünün 6'sı mandibulada, 4'ü maksillada olmak üzere 10'unun osseöz mikroma olduğu bulunmuştur (3). Çoğu serilerde kadın-erkek oranı eşittir. Çocuklarda oldukça az görülmektedir (4).

Osseöz ve odontojenik mikroma sıklıkla yavaş büyüyen bir tümördür. Olgumuzda 9 yıllık bir dönem içinde tümörün boyutlarında ancak çok küçük bir artış saptanabilmiştir. Genellikle yavaş büyüyen palatal veya fasiyal şişlik olarak kendini gösterir. Hastalarda maloklüzyon, gevşek dişler veya 5. kranyal sinir parestезisi olabilir (5). Bazı araştırmacılar diş çekimi veya künt travma gibi bazı lokal travmaların büyüme hızını arttırdığını belirtmişlerdir (6). Yakınmalarının ortaya çıkışından 6 yıl önce hastanın geçirmiş olduğu trafik kazası lezyonun ortaya çıkışına katkıda bulunmuş olabilir.

Maksiller miksomalar benign tümör olmalarına, uzak metastaz yapmalarına rağmen oldukça yüksek lokal agresif davranış gösterirler. Hızlı büyüyen fibromlar gibi büyüyebilirler. Literatürde maksiller miksomadandan kaynaklanan metastatik yayılım veya ölüm bildirilmemiştir, ancak geniş ekzisyona rağmen tekrarlayan ve kranyal kaviteye infiltrate olan, mikroskopik olarak artmış mitotik aktivite ve nükleer pleomorfizm gösteren malign maksiller miksoma olgusu bildirilmiş-

tir (5,7). Maksiller miksomanın mukoid liposarkom, nörojenik sarkom gibi diğer jelatinöz tümörlerden ayrımı zordur (4). Primer ayırıcı özelliği çene kemiklerini tercih etmesidir (8).

Maksiller miksoma tedavisinde doğru seçim yapmak önemlidir. Tümör kemoterapiye cevap vermemektedir, radyoterapiye ise zayıf cevap vermektedir. Genellikle cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Maksiller miksoma kapsülsüz ve infiltratif olduğundan tam olarak çıkarmak için sıklıkla geniş cerrahi gerekmektedir. Bu tür bir cerrahi girişim kozmetik sorunlara ve çocuklarda orta fasiyal bölge gelişiminde bozukluklara yol açabilir. Yetersiz cerrahi sonrası ise nüksler sık görülmektedir (2). Lezyonun tam çıkarılıp olası nükslerin önlenmesi için cerrahi öncesi sınırlarının ayrıntılı olarak bilinmesi gereklidir.

Radyolojik görüntüleme bulguları spesifik olmamakla birlikte ayırıcı tanıda düşünülen patolojilerin sayısını azaltabilir. Bununla birlikte maksiller miksomaların değerlendirilmesinde görüntülemenin ana yararı cerrahiden önce tümörün komşuluklarını ve uzanımlarını tanımlayıp tam çıkarılmasına yardımcı olmaktır (5).

Konvansiyonel grafilerde maksiller miksoma dişler arasında genellikle multiloküle, ekspansil, iyi sınırlı, sklerotik sınırları bulunan radyolüsen alan olarak görülür. Uniloküler görümlü olgular da vardır. Kökler arasında lez-

yonun tırtıklı görünümüne bağlı dişlerin yer değiştirmiş olduğu izlenebilir. Maksilla antral tutulum olduğu zaman Waters grafisinde antral duvarı tahrip eden yumuşak doku şeklinde görülebilir (2). Bazı çalışmalarda kötü sınırlı, bal peteği görünümünde trabeküler örnek bildirilmiştir (2,9). Radyolojik ayırıcı tanıda kist, fibroma, ameloblastoma, dev hücreli granülom, fibröz displazi ve osteosarkom, kondrosarkom ve fibrosarkom gibi malign lezyonlar yer alır (2).

Karmaşık yapısı ve çevre yumuşak dokularla yakın bağlantıları yüzünden orta fasiyal bölgeyi direkt grafilerle değerlendirmek güç ve yetersiz olmaktadır. Bu nedenle kesitsel görüntüleme yöntemlerine direkt grafilerde net izlenemeyen lezyonun ayrıntılı incelenmesi için sıklıkla başvurulur. BT ve MRG tümörün uzanımlarını tanımlayarak yeterli cerrahi yapılmasına yardımcı olur. Çenedeki benign kistik lezyonların sınırları ve yumuşak doku uzanımını saptamak için MRG, lezyonu saptamak ve kemik tutulumunu göstermek için ise BT daha değerlidir.

BT multiloküle ya da uniloküle yumuşak doku kitlesi şeklinde izlenen lezyonun uzanımını, kortikal planların korunduğunu ya da destrükte olduğunu gösterir. Ayrıca komşu yapılara uzanım gösterilebilir. Direkt radyografilerde sıklıkla izlenen trabeküler kemik örneği BT'de de görülebilir ve var olduğunda miksomaı kuvvetle

düşündürür (2).

BT incelemesinin potansiyel bir dezavantajı oldukça iyi sınırlı izlenebilen lezyonun kolaylıkla çıkarılabileceği izlenimini verebilmesidir. Bu durum preoperatif BT incelemesinde iyi sınırlı izlenen ancak operasyonda kapsüle olmadığı ve infiltratif özellikte olduğu bulunan 13 yaşındaki bir maksiller miksuma olgusunda cerrahi yaklaşımın değişmesine yol açmıştır (4). MRG bu durumlarda lezyonun invaziv özelliğini ortaya koyabilir.

Yumuşak doku miksomaları T1 görüntülerde düşük sinyal intensitesi, T2 görüntülerde yüksek sinyal intensitesi gösterirler (10,11). Bu görünüm, miksoid lezyonlardaki fazla miktarlardaki mukoid zemin maddesine bağlanmaktadır (12). Maksilla yerleşimli miksuma olgularında farklı sinyal özellikleri bildirilmiştir. MRG'de T1 ağırlıklı görüntülerde ara sinyal özelliği ve T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal

özelliği gösteren bir olguda kontrastlı kesitlerde lezyonun göreceli olarak fazla miktarda kollajen lifleri içeren periferik kesimi kontrastlanırken, sadece mukoid komponentten oluşan santral kesimin kontrastlanmadığı saptanmıştır (13). T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde ara sinyal özelliği gösteren diğer bir olguda, yumuşak doku miksomalarının MRG bulgularıyla karşılaştırıldığında, lezyonun T1 ağırlıklı görüntülerde daha yüksek, T2 ağırlıklı görüntülerde düşük sinyal gösterdiği bulunmuştur. Miksuma tip-

leri arasında MR görüntülemeindeki sinyal farklılıklarının mukoid materyel viskositesinin bir fonksiyonu olduğu ya da protein içeriğindeki farklılıklara bağlı olabileceği öne sürülmüştür (14).

Sonuç olarak, maksiller miksuma oldukça nadir görülen bir tümördür. Bu patolojide radyolojinin rolü tümörün tam çıkartılabilmesi için uzanımlarını ayrıntılı şekilde tanımlamak ve bu lokalizasyonda olan diğer lezyonlardan ayırıcı tanısına yardımcı olmaktadır.

CASE REPORT: MAXILLARY MYXOMA

Maxillary myxoma is a rare benign mesenchymal tumor of unknown etiology. Although odontogenic myxomas are benign and nonmetastasizing tumors, they are locally invasive and have a propensity to recur if incompletely resected. We report a case of odontogenic myxoma involving the anterior part of the maxilla and discuss the role and findings of radiologic imaging.

Key words: • myxoma • odontogenic tumors • diagnostic imaging

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2003; 9:54-56

Kaynaklar

1. Canalis RF, Smith GA, Konrad HR. Myxomas of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1976; 102:300-305.
2. Chiodo AA, Strumas N, Gilbert RW, Birt BD. Management of odontogenic myxoma of the maxilla. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 117.
3. Ghosh BC, Huvos AG, Gerold FP, Miller TR. Myxoma of the jaw bones. Cancer 1973; 31:237-240.
4. Brewis C, Roberts DN, Malone M, Leighton SE. Maxillary myxoma: a rare midfacial mass in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 56:207-209.
5. Hayes DK, Madsen JM, Simpson R, Jarcho RC. Myxomas of the maxilla in infants and children. Otolaryngol Head Neck Surg 1991; 105:464-468.
6. Hovnanian AP. Myxoma of the maxilla. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1953; 6:927-936.
7. Pahl S, Henn W, Binger T, Stein U, Remberger K. Malignant odontogenic myxoma of the maxilla: case with cytogenetic confirmation. J Laryngol Otol 2000; 114:533-535.
8. Batsakis JG. Myxomas of the soft tissues and facial skeleton. Ann Otol Rhinol Laryngol 1987; 96:618-619.
9. Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borrmann H. Odontogenic myxoma-a radiographic study of 21 tumours. Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32:298-302.
10. Peterson KK, Renfrew DL, Feddersen RM, Buckwalter JA, El-Khoury GY. Magnetic resonance imaging of myxoid containing tumors. Skeletal Radiol 1991; 20:245-250.
11. King DG, Saifuddin A, Preston HV, Hardy GJ, Reeves BF. Magnetic resonance imaging of juxta-articular myxoma. Skeletal Radiol 1995; 24:145-147.
12. Bucci E, Musio LL, Mignogna MD, Rosa GD. Odontogenic myxoma: report of a case with peculiar features. J Oral Maxillofac Surg 1991; 49:91-94.
13. Asaumi J, Konouchi H, Hisatomi M, Kishi K. Odontogenic myxoma of maxillary sinus: CT and MR-pathologic correlation. Eur J Radiol 2001; 37:1-4.
14. Kawai T, Murakami S, Kishino M, Fuchihata H. MR images of a maxillary myxoma. Am J Roentgenol 1996; 167:1343-4 [letter].