

Maksillada Şeffaf Hücreli Odontojenik Karsinom: Olgu Sunumu

Clear Cell Odontogenic Carcinoma in Maxilla: Case Report

Ebru Baydan, Canay Yılmaz Asan

Erciyes Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı,
Kayseri, Türkiye

Özet: Şeffaf hücreli odontojenik karsinoma; odontojenik epitel kaynaklı lokal invaziv gelişim gösteren, nadir görülen malign bir tümördür. Bu vaka raporunda; genç bir hastanın maksillasında lokalize olan şeffaf hücreli odontojenik karsinoma hakkında bilgi verilecektir. 32 yaşında erkek hasta sol maksiller bölgedeki ağrısız şişlik sebebiyle hastaneye başvurmuştur. Klinik muayenesinde bölgede pü akışı gözlenmemiştir. Alınan panoramik ve konik ışıklı bilgisayarlı tomografik görüntülerde sol maksilla premolar-molar bölgede lokalize, maksiller sintüse invaze olan, yer yer nazal duvarda perforasyonlar gösteren ve komşu diş köklerinde rezorbsiyona yol açan radyolusent lezyon tespit edilmiştir. Çevre yapılardan kolayca ayrılabilen, solid lezyon çıkarılmıştır. Biyopsi sonucu şeffaf hücreli odontojenik karsinoma gelmiştir. Parsiyel maksillektomi için ikinci kez opere olan hastaya, kemoterapi ve radyoterapi uygulanmıştır. Doğru tanı ve tedaviden sonra bile, bu vakaların, nüks ve uzak metastaz potansiyeli nedeniyle uzun dönem takibi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Maksilla; şeffaf hücreli odontojenik karsinoma; tanı ve tedavi

Abstract: Clear-cell odontogenic carcinoma; It is a rare malignant tumor with local invasive development from odontogenic epithelium. This case report will provide information about clear-cell odontogenic carcinoma localized in the maxilla of a young patient. 32-year-old male patient applied to hospital due to painless swelling in the left maxillary region. In the clinical examination, pus flow wasn't observed in the region. A radiolucent lesion localized in the left maxilla premolar-molar region, invasive to the maxillary sinus, showing perforations in the nasal wall in places and causing resorption in adjacent tooth roots was detected in panoramic and conic-beam computed tomography images. Solid lesion, which can be easily separated from surrounding structures, has been removed. The biopsy resulting in clear-cell odontogenic carcinoma. The patient underwent chemotherapy and radiotherapy for a second operation for partial maxillectomy. Even after correct diagnosis and treatment, cases need long-term follow-up due to the potential for recurrence and distant metastasis.

Keywords: Maxilla; clear cell odontogenic carcinoma; diagnosis and treatment

ORCID ID of the author: E.B 0000-0001-5902-0039, C.Y.A 0000-0001-9868-6415

Received 17.07.2020

Accepted 20.08.2020

Online published 24.09.2020

Correspondence: Ebru BAYDAN - Erciyes Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye
e-mail: ebrubaydan06@hotmail.com

1. Giriş

Şeffaf hücreli odontojenik karsinom; ilk kez 1985 yılında Hansen tarafından şeffaf hücreli odontojenik tümör olarak tanımlanmıştır (1). Başlangıçta şeffaf hücreli odontojenik tümör veya ameloblastom olarak bilinen şeffaf hücreli odontojenik karsinom, 1992'de WHO tarafından odontojenik tümör olarak sınıflandırılmış, ancak lokal rekürrens, bölgesel lenf nodu metastazı ve uzak metastaz ile agresif eğilimi nedeniyle 2005'in WHO sınıflandırmasında odontojenik kökenli malign bir tümör olarak kabul edilmiştir (1). Şeffaf hücreli odontojenik karsinom; odontojenik epitel kaynaklı lokal invaziv gelişim gösteren nadir görülen malign bir tümördür. Sıklıkla ileri yaşlarda ve mandibulada lokalize olmakla birlikte maksillada da gözlenebilir. Ağrısız şişlik en sık görülen semptomudur ve bunu ağrı, ilişkili olduğu dişlerde mobilite ve parestezi izleyebilir (1). Lokal agresif davranış, bölgesel veya uzak metastaz yapma kapasitesine sahip olan tümörlerin nüks görülme olasılığı yüksek olduğundan geniş çıkarılmaları ve bölgesel rezeksiyonları önerilmektedir (2). Bu vaka raporunda genç erkek bir hastanın maksillasında lokalize olan şeffaf hücreli odontojenik karsinom hakkında bilgi verilecektir.

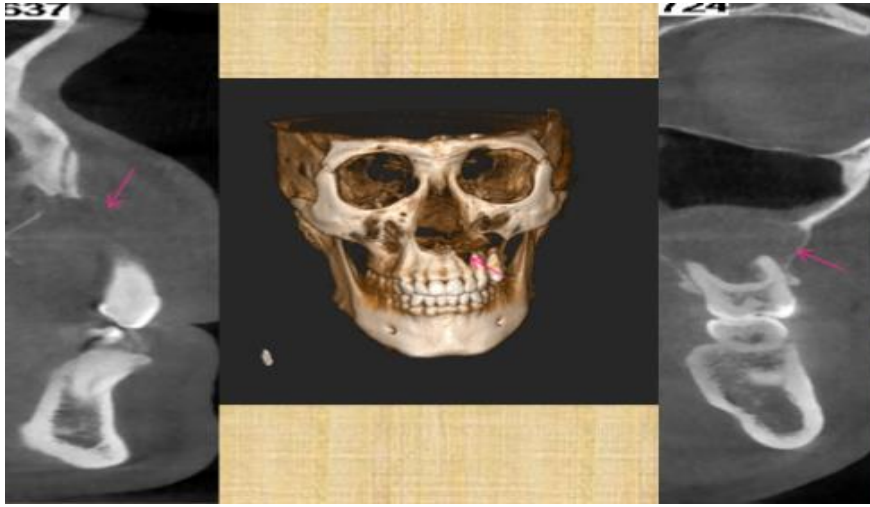
Olgu Bildirisi

32 yaşında erkek hasta Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümüne sol maksiller bölgedeki ağrısız şişlik şikayetiyle başvurmuştur. Hastadan alınan anamnezde daha önce diş merkezde dental abse nedeniyle uzun süre antibiyotik tedavisi uygulandığı öğrenilmiştir. Yapılan klinik muayenede bu bölgede intraoral veya ekstraoral pü akışı gözlenmemiştir. Alınan panoramik görüntüde sol maksiller bölgede radyolüsent lezyon tespit edilmiş olup ayrıntılı inceleme için

konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) görüntüleri alınmıştır (Şekil 1). Tomografik görüntülerde ise sol üst çenede maksiller sinüse invaze olan, premolar-molar bölgede lokalize, yer yer nazal duvarda perforasyonlar gösteren ve komşu diş köklerinde rezorbsiyona yol açan lezyon tespit edilmiştir (Şekil 2). Komşuluğundaki dişlerin vitalite testleri negatif olduğundan, radyografteki lezyon sınırlarının düzensiz olmadığından ve hastanın hikayesinde antibiyotik kullanımından sonra intraoral şişliğinin azaldığından radiküler kist ön tanısıyla operasyonuna karar verilmiştir. Dental fobi nedeniyle genel anestezi altında işlem yapılması planlanmıştır. Orotrakeal entübasyonu takiben sol üst bölgede mukoperiosteal flep kaldırılmış ve ilgili dişler çekildikten sonra lezyona ulaşılmıştır. Lezyonun kistik yapıda olmadığı gözlenmiş, çevre yapılardan kolayca ayrılabilen, solid lezyon tamamen çıkarılmış ve lezyonun duvarları rond frezle dekortikasyon yapılarak temizlenmiştir. Eksizyonel biyopsi örneği histopatolojik değerlendirme amacıyla patoloji laboratuvarına gönderilmiş ve sonuç şeffaf hücreli odontojenik karsinoma olarak gelmiştir. Bu karsinomun histopatolojisine bakıldığında glikojen depolayan ve PAS boyasıyla boyanan hücrelerden oluştuğu görülür. Aynı zamanda bu tümör hücreleri sitokeratinler (CK-8,13,18,19) için immünoreaktiftir (3). KBB bölümüne yönlendirilen hasta parsiyel maksillektomi için ikinci kez opere olmuş ve metastazı önlemek amacıyla hataya kemoterapi ve radyoterapi uygulanmıştır. Bir yıl süreyle tedavileri devam eden hastanın durumu kontrol altına alındıktan sonra, Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi bölümünde maksiller obtüratör ile protetik rehabilitasyonu tamamlanmıştır (Şekil 3).



Şekil 1. Hastanın panoramik görüntüsü



Şekil 2. Hastanın KIBT kesitleri ve 3D görüntüsü



Şekil 3. Hastanın ameliyat sonrası protezli ve protezsiz ağız içi görüntüleri

2. Tartışma ve Sonuç

Şeffaf hücreli odontojenik karsinom 40 yaş üstü kadınların mandibulasında daha sık görülür (3). Ancak bizim vakamızda olduğu gibi maksillada da görülebilir. Literatürde de maksillada görülen vakalar bulunmaktadır (3). Radyografda genelde radyolüsent görülürler ancak bazı vakalarda mikst görüntü de verebilirler. Ayırıcı tanıları ameloblastoma,

kalsifiye epitelyal odontojenik tümör, odontojenik karsinom ve mukoepidermoid karsinom veya hyalinize edici berrak hücreli karsinom ile yapılmalıdır. Nüks oranı yüksektir (%38). Tedavilerinde geniş çıkarım ve rezeksiyon uygulanır. Ancak küretaj veya enükleasyon, lenf nodu diseksiyonu olan veya olmayan cerrahi rezeksiyon, post-operatif

radoterapi ve/veya kemoterapi de tedavileri arasındadır. Literatürde; konservatif olarak yapılan tedavilerin nüks oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (3). Şeffaf hücreli odontojenik karsinomun özellikle böbrek olmak üzere tiroid ve prostata metastaz potansiyeli vardır (3). Bizim hastamızın da böbreklerine bakılmış ancak herhangi bir metastaz görülmemiştir. Bu hastalarda görülme olasılığı yüksek olan nüks ve metastaz durumundan dolayı hastaların kontrole çağırılması gerekmektedir. Bizim hastamızdan son kontrolünde alınan kontrastlı

toraks BT ve maksillofasial BT’de herhangi bir patoloji görülmemiştir. Hastanın bizim bölümümüz ve KBB bölümü tarafından kontrolleri yapılmaya devam etmektedir.

Nadir görülen bu malign tümörün diğer benign ve malign lezyonlardan ayırt edilmesi uygun tedavi planının oluşturulmasında önemlidir. Doğru tanı ve tedaviden sonra bile, bu vakaların, nüks ve uzak metastaz potansiyeli nedeniyle uzun dönem takibi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Kwon JJ, Kim SM, corresponding author Amponsah EK, Myoung H, Lee JH, and Lee SK, Mandibular clear cell odontogenic carcinoma, *World J Surg Oncol*. 2015;13:284.
2. Ferraira S, Faverani LP, dos Santos GM, Martins EP and Garcia IR, Junior, Clear cell odontogenic carcinoma of the mandible: a treatment strategy, *J Appl Oral Sci*. 2018;26: e20160645.
3. Swain N, Dhariwal R, and Ray JG, Clear cell odontogenic carcinoma of maxilla: A case report and mini review, *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013;17:89–94.