

Literatürdeki Maksillofasiyal Metastaz Vakalarının Retrospektif Analizi

Retrospective Analysis of Maxillofacial Metastasis Case Reports in Literature

Özlem Görmez, Elif Çelebi, Mehmet Egemen Aydemir, Derya Yıldırım

Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,
Isparta, Türkiye

Özet: Metastatik tümörler maksillofasiyal bölgede nadir görülmekte, genellikle geç evrede, yaygın bir hastalığın göstergesi olarak ortaya çıkmakta ve prognozu kötü olmaktadır. Bu çalışmanın amacı maksillofasiyal bölgedeki metastatik tümör vakalarıyla ilgili güncel literatürü değerlendirerek, vakaların klinik ve radyolojik özelliklerini bildirmektir. Pubmed veri tabanında, son 5 yıl içerisinde vaka raporu olarak yayınlanmış maksillofasiyal bölge metastatik tümörleri tarandı. Hastaların yaş ve cinsiyet bilgileri, primer ve metastatik tümörün histolojik tanısı, bulunduğu bölge, klinik ve radyolojik bulguları, tedavi ve prognozu analiz edildi. Literatürün incelenmesi sonucunda, 1469 makale bulundu. Başlık ve özetleri incelendi ve maksillofasiyal bölgede metastaz bulunan 131 vaka raporu belirlendi. Yetersiz hasta ve metastaz bilgisi bulunan makaleler inceleme dışı bırakılarak, değerlendirmeye uygun olan 89 vaka raporunda 91 hastanın (58 erkek, 33 kadın) bilgileri incelendi. Primer tümör bölgeleri erkeklerde en sık böbrek (% 27,6), kadınlarda meme (% 27,3) olarak tespit edildi. Mandibular kemik (% 28,6) ve gingiva (% 26,4) maksillofasiyal metastazın en sık görüldüğü bölgelerdi. En sık gözlenen klinik bulgu ve belirti şişlik (% 54,9) ve ağrı (% 31,9) olarak belirlendi. Olguların % 35,2'sinde maksillofasiyal bölgedeki tümörün primer tümörden önce teşhis edildiği belirlendi. Literatür incelemesi sonucunda, birçok vaka raporunda, hasta ve klinik bilgilerinin tümünün belirtilmediği gözlemlendi. Farklı bölgedeki maligniteler, maksillofasiyal metastaz yapabilir. Metastatik tümörlerde patognomonik bulgu ve belirtilerin olmaması nedeniyle ayrırcı tanımda detaylı bir klinik, radyolojik ve histopatolojik inceleme gerekmektedir. Klinisyenler, maksillofasiyal bölgede yeni teşhis edilen bir malignitenin uzak bölgelerden metastaz olabileceğini ve primer tümörden önce bulgu ve belirti verebileceğini göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ağız neoplazileri; Tümör metastazi; Baş ve boyun neoplazileri; Kanserin Erken Teşhisi

Abstract: Metastatic tumors are observed rarely in maxillofacial region, usually appear in late stage as an indicator of a widespread disease and have poor prognosis. The aim of this study was to evaluate the current literature about metastatic tumor cases in maxillofacial region and to report their clinical and radiological features. Pubmed database were searched for published case reports of maxillofacial metastatic tumors in last 5 years. Patients' age, gender, histologic diagnosis of primary and metastatic tumors, location, clinical and radiological findings, treatment and prognosis were recorded. As a result of literature review, 1469 articles were found. Titles and abstracts were analyzed and 131 maxillofacial metastasis case reports were detected. The articles with insufficient information excluded and 91 patients (58 male, 33 female) in 89 case reports were evaluated. The most common primary tumor sites were kidney (27,6%) for males and breast (27,3%) for females. Mandibular bone (28,6%) and gingiva (26,4%) were most frequent sites of maxillofacial metastasis. Swelling (54,9%) and pain (31,9%) were the most common clinical signs and symptoms. In 35.2% of the cases, the tumor in the maxillofacial region was diagnosed before the primary tumor. It was observed that all clinical and radiographic information about patients were not reported in many case reports. Malignancies of different regions can cause maxillofacial metastasis. Due to the absence of pathognomonic signs and symptoms of metastatic tumors, a detailed clinical, radiological and histopathological examination is required for differential diagnosis. Clinicians should consider that a diagnosed malignancy in maxillofacial region may be metastasis and may even give signs and symptoms before the diagnosis of primary tumor.

Keywords: Mouth Neoplasms; Neoplasm Metastasis; Head and Neck Neoplasms; Early Diagnosis Of Cancer

ORCID ID of the authors: O.G 0000-0001-9516-6625, E.Ç. 0000-0001-7823-9562, M.E.A. 0000-0002-0632-4861,
D.Y. 0000-0003-3125-1358

Received 20.07.2020

Accepted 20.08.2020

Online published 24.09.2020

Correspondence: Elif ÇELEBİ - Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi
Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye e-mail: celebielifin@hotmail.com

Cite this article as:

Görmez O, Çelebi E, Aydemir ME, Yıldırım D, Retrospective Analysis of Maxillofacial Metastasis Case Reports in Literature, Ağız Kanserleri Özel Sayısı, Eylül 2020:233-240 Doi: 10.20515/otd.772105

1. Giriş

Maksillofasiyal kompleks, insan vücudunun mükemmel bir damar sistemi ağını, karmaşık iskelet konfigürasyonunu, üç çift majör tükürük bezini kapsayan benzersiz bir parçasıdır. Maksillofasiyal bölge, birlikte çalışan birkaç farklı dokuya ev sahipliği yapar. Bu bölgede, metastatik tümör hücrelerinin büyümesini barındırabilen birçok doku türü mevcuttur. Yayınlanan verilerde, maksillofasiyal bölgede değerlendirilen metastazların çoğu ağız boşluğu ve çenelerde gösterilmiştir. Bununla birlikte,

maksillofasiyal kompleksteki diğer yapılara da hematojen ve lenfatik yayılım görülür (1). Metastaz, kansere bağlı mortalitenin % 90'ından fazlasını oluşturan kanserin en ölümcül özelliğidir. Metastaz süreci bir dizi ardışık ve birbiriyle ilişkili adımlar olarak görülür. Bu aşamalar; primer tümörden malign hücrelerin ayrılması, lokal invazyon, anjiyogenez, istilacı hücrelerin vasküler veya lenfatik sistemlere intravazasyonu, dolaşımında hayatta kalma, ekstrasvazyon ve yeni ortama adaptasyon ve ikincil lezyonların büyümesi şeklindedir ve metastaz birkaç tümör hücresinin tamamlayabildiği bir yolculuğun sonucudur (2-5).

Maksillofasiyal bölgede metastatik tümörler nadir görülmektedir. Metastatik tümörler oral malignitelerin sadece % 1'ini oluşturmaktadır. Nadir görülmesi nedeniyle, çenelerde ve oral kavitede metastatik bir tümörün teşhisi hem klinisyen hem de patolog için çok zordur (6,7). Metastazın anlaşılması kanserin klinik yönetimi için büyük önem taşımaktadır, çünkü çoğu vakada kansere bağlı mortalite yaygın metastatik lezyonlarla ilişkilidir. Ayrıca prognoz, yaygın tümörlü kanser hastalarında lokalize tümörlü olanlara oranla anlamlı olarak daha kötüdür (7,8).

Primer tümörden ayrılan tümör hücreleri, tümör tipine veya alt tipine bağlı olarak belirli organları kolonize etme eğilimindedirler. Örneğin, prostat kanseri metastazı büyük ölçüde kemikle sınırlıdır. Meme ve akciğerin adenokarsinomları tipik olarak kemik, akciğer, karaciğer ve beyin de dahil olmak üzere benzer bir organ aralığında nükseder (3,9). Tüm oral metastazların yarısı meme, akciğer ve böbreğin primer karsinomundan kaynaklanır. Kalanlar prostat, tiroid,

gastrointestinal sistem, suprarenal, uterus ve kemiklerden gelir. Metastazların primer bölgeleri açısından cinsiyetler arasında farklılık vardır. Kadınlarda, oral bölgeye metastatik tümörlerin en yaygın kaynakları, meme, üreme organları ve tiroid bezidir. Erkeklerde genellikle akciğerlerden ve böbreklerden metastaz görülür (8).

Metastatik tümörler, hiperplastik veya reaktif lezyonlara benzer klinik görünümde olabilir ve bu lezyonlar yaygın görülen benign inflamatuvar ve reaktif lezyonların ayrııcı tanısında düşünülmelidir (1,7,10-13). Radyografik olarak, metastatik lezyonlar büyük oranda, "güve yeniği" görünümünde osteolitik alanla karakterizedir. Bununla birlikte iyi sınırlı görünümde olup benign lezyonları taklit edebileceği veya herhangi bir radyografik değişiklik bulunmayabileceği bildirilmiştir. Dikkatli klinik muayene, radyolojik değerlendirme ve histopatolojik inceleme ile doğru tanı ve uygun tedaviye ulaşılabilir (1,7,14,15). Bu çalışmanın amacı güncel literatürü değerlendirerek maksillofasiyal bölgedeki metastatik tümörler ile ilgili mevcut bilgileri toplamak, klinisyenlerin ve oral patologların olası metastaz varlığını hesaba katmasına izin verebilecek oral metastatik neoplazilerin doğası hakkındaki bilgiyi geliştirmek için klinik ve histopatolojik özelliklerini analiz etmektir.

2. Gereç ve Yöntem

Maksillofasiyal bölge metastatik tümörleriyle ilişkili insan vaka raporları, Pubmed veri tabanında son 5 yıl içerisinde ve İngilizce dilinde filtrelenerek tarandı. Maksillofasiyal bölgelere yönelik olarak; "cancer", "carcinoma", "metastasis" ve "oral cavity", "maxilla", "mandible", "sinus", "paranasal", "buccal mucosa", "cheek", "facial cutaneus", "labial", "lip", "gingiva", "head and neck", "oral mucosa", "mouth floor", "tongue", "jaw", "palate", "salivary gland", "tonsil", "nasal cavity", "pharynx" anahtar kelimeleri tarama için kullanıldı. Hastaya ait yaş ve cinsiyet bilgisi olmayan, primer ve metastatik tümörün histopatolojik tanısı belirtilmeyen makaleler çalışma kapsamına alınmadı.

Hastaların yaş ve cinsiyet bilgileri, primer ve metastatik tümörün histopatolojik tanısı, bulunduğu bölge, klinik bulguları, uygulanan radyolojik tetkik, tedavi ve prognozu analiz edildi. İstatistiksel analiz IBM SPSS Statistics 20 programı (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) ile gerçekleştirildi.

3. Bulgular ve Analizler

Literatür incelemesi

Literatürün incelenmesi sonucunda, 1469 makale bulundu. Başlık ve özetleri incelenerek maksillofasiyal bölgeye metastaz belirlenen 131 makale değerlendirmeye alındı. Hastaya ait yaş ve cinsiyet bilgisi olmayan, primer ve metastatik tümörün histopatolojik tanısı belirtilmeyen 42 makale inceleme dışı bırakıldı.

Yaş ve cinsiyet dağılımı

89 makalede sunulan toplam 91 vakanın bilgileri incelendi. Bu vakaların 58'i erkek (%63,7), 33'ü kadın (%36,3) (1,7:1) idi. 11

aylık ve 3 yaşında iki nöroblastom, 3 ve 4 yaşında iki retinoblastom vakası dışında hepsi yetişkindi. Bildirilen vakaların yaşları 11 ay ile 90 yaş arasında (ort. 56,4) değişmekle birlikte, kadınlar 11 ay-79 (ort 49,3 ± 19,4), erkekler 3-90 (60,5 ± 15,4) yaş aralığındaydı. En genç hasta 11 aylık kadın (adrenal bezden, nöroblastoma metastazı) ve en yaşlısı 90 yaşında bir erkekti (mesaneden, üroteliyal karsinoma metastazı).

Primer tümör bölgesi

Primer tümör bölgelerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Primer tümör bölgesi erkeklerde en sık böbrek (n=16, %27,6) olup, bunu sırasıyla akciğer (n=15, %25,9), karaciğer (n=7, %12,1), kolorektal (n=5, %8,6), tiroid (n=3, %5,2) ve prostat (n=3, %5,2) takip etmektedir. Kadınlarda ise meme (n=9, %27,3), tiroid (n=5, %15,2), böbrek (n=5, %15,2), akciğer (n=4, %12,1), kutanöz doku (n=4, %12,1) olarak tespit edildi.

Tablo 1. Primer tümör bölgelerinin cinsiyetlere göre dağılımı.

Primer Bölgesi	Tümör	Erkek		Kadın		Toplam
		n	% grup içi	n	% grup içi	
Böbrek		16	27,6	5	15,2	21 (23,1)
Akciğer		15	25,9	4	12,1	19 (20,9)
Meme		1	1,7	9	27,3	10 (11)
Karaciğer		7	12,1	1	3	8 (8,8)
Tiroid		3	5,2	5	15,2	8 (8,8)
Kolorektal		5	8,6	1	3	6 (6,6)
Kutanöz doku		2	3,4	4	12,1	6 (6,6)
Prostat		3	5,2	-	-	3 (3,3)
Diğer		6	10,3	4	12,1	10 (11)
Toplam		58	100	33	100	91 (100)

Maksillofasiyal ve vücudun diğer bölgelerine metastaz durumu

Vakaların %27,5'inde sadece maksillofasiyal metastaz bulunmakla birlikte, %71,4'ünde maksillofasiyal metastaz ile birlikte diğer vücut bölgesinde metastaz oluşmuştur. Bir

vakanın diğer bölgelerdeki metastaz bilgisi belirtilmemiştir. Vakalarda maksillofasiyal metastaz dışındaki metastazlar değerlendirildiğinde en sık kemik (n=35,

%38,5) ve akciğer (n=27, %29,7) metastazı bulunduğu belirlendi (Tablo 2). Olguların % 35,2' sinde maksillofasiyal bölgedeki tümörün primer tümörden önce teşhis edildiği, % 4,4' ünde ise primer tümör ile eş zamanlı olarak teşhis edildiği belirlendi.

Tablo 2. Maksillofasiyal metastatik tümöre eşlik eden diğer organ metastazları.

Metastazlar	n	%	Vakalarda görülme yüzdesi
Kemik	35	22,4	38,5
Akciğer	27	17,3	29,7
Sadece maksillofasiyal	25	16,0	27,5
Karaciğer	16	10,3	17,6
Lenf nodu	15	9,6	16,5
Beyin	9	5,8	9,9
Kutanöz doku	6	3,8	6,6
Adrenal bez	4	2,6	4,4
Böbrek	3	1,9	3,3
Periton	3	1,9	3,3
Diğer	13	8	14,3
Toplam	156	100,0	*

* Birden fazla bölgede metastaz görülen vakalar bulunmaktadır.

Maksillofasiyal metastazın sık görüldüğü bölgeler; mandibular kemik (n=26, %28,6), gingiva (n=24, %26,4), paranasal sinüsler (n=19, %20,9) ve maksiller kemik (n=10, %11) olarak tespit edildi. Ağız tabanına metastaz sadece bir vaka raporunda bildirilmiştir. Tükürük bezleri içerisinde en sık parotis bezinde (n=6, % 6,6) metastaz bildirildiği bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Maksillofasiyal metastatik tümör bölgeleri.

Maksillofasiyal metastaz bölgesi	n	%	Vakalarda görülme yüzdesi
Mandibular kemik	26	19,3	28,6
Gingiva	24	17,8	26,4
Paranasal sinüs	19	14,1	20,9
Maksiller kemik	10	7,4	11
Dil	8	5,9	8,8
Nazal kavite	7	5,2	7,7
Kafa tabanı	7	5,2	7,7
Parotis	6	4,4	6,6
Tonsilla	6	4,4	6,6
Orbita	4	3	4,4
Servikal lenf nodu	4	3	4,4
Dudak	4	3	4,4

Bukkal mukoza	3	2,2	3,3
Fasiyal kutanöz doku	3	2,2	3,3
Submandibular bez	3	2,2	3,3
Ağız tabanı	1	0,7	1,1
Toplam	135	100,0	*

* Birden fazla bölgede metastaz görülen vakalar bulunmaktadır.

Klinik özellikler ve radyolojik tetkik

En sık şişlik (n=50, % 54,9) ve ağrı (n=29, % 31,9) olmak üzere vakaların çoğunda birden fazla bulgu ve belirtinin birlikte görüldüğü belirlendi. Sık görülen diğer bulgu ve belirtiler; ülserasyon (n=15, %16,5), kanama (n=12, %13,2), eritem (n=11, %12,1) olarak bulundu.

Vakalarda kanser türünün özelliklerine ve bölgesine göre birçok görüntüleme yönteminden faydalanılmıştır. Görüntülemeye en sık Bilgisayarlı Tomografi (n=72, %79,1) kullanılmıştır. Pozitron Emisyon Tomografisi ve Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (n=27, %29,7), Manyetik Rezonans Görüntüleme (n=26, %28,6), Panoramik

Radyografi (n=23, %25,3) sık kullanılan diğer görüntüleme teknikleri olarak belirlendi.

Histopatolojik bulgular

Maksillofasiyal metastatik tümörlerin histopatolojik tanıları Tablo 4'te listelendi. Histopatolojik tanıları değerlendirildiğinde, en sık adenokarsinom (n=23, %25,3) ve renal hücreli karsinom (n=20, %22) bulundu. Histolojik tiplerin görülme sıklığı cinsiyete göre farklılık gösterdi. Erkeklerde en sık adenokarsinom (n=20, % 34,5) bildirilirken kadınlarda duktal karsinomun (n=6, % 18,2) bildirildiği tespit edildi.

Tablo 4. Metastatik tümörlerin histolojik tipleri

Metastazlar	Erkek		Kadın		Toplam n (%)
	n	% grup içi	n	% grup içi	
Adenokarsinom	20	34,5	3	9,1	23 (25,3)
Renal hücreli karsinom	15	25,9	5	15,2	20 (22)
Hepatosellüler karsinom	7	12,1	1	3	8 (8,8)
Papiller tiroid karsinom	3	5,2	5	15,2	8 (8,8)
Duktal karsinom	-	-	6	18,2	6 (6,6)
Skuamöz hücreli karsinom	2	3,4	3	9,1	5 (5,5)
Malign melanom	1	1,7	3	9,1	4 (4,4)
Diğer	10	17	7	21,2	17 (18,7)
Toplam	58	100	33	100	91 (100)

Tedaviler ve Hayatta Kalım

Maksillofasiyal bölgedeki metastatik tümörler için ayrı veya kombinasyon, küratif veya palyatif şeklinde ayırmaksızın en sık uygulanan tedaviler sırasıyla; kemoterapi (%46,2), radyoterapi (%44), cerrahi (%37,4) moleküler hedefli tedaviler (%13,2) iken vakaların %9,9'unda tedavi ile ilgili bilgi verilmemiş, %2,2'sinde tedavi hastanın kaybı veya tedaviyi istememesi gibi nedenlerle yapılamamıştır. 91 hastanın 34' ünün takip bilgisi yokken takip bilgisi olan 57 hastanın 39' unun takip süresi içerisinde hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Hayatta olmayan hastaların maksillofasiyal metastazdan sonra yaşam süresi ortalama 7,64 ay olarak bulundu. En az 6 ay takip edilmiş 54 vakadan hesaplanan 6 aylık hayatta kalım oranı % 50'dir.

4. Tartışma ve Sonuç

Maksillofasiyal metastazın belirli bir cinsiyete yönelik herhangi bir tercihinin olup olmadığı hala tartışmalıdır (8). Maksillofasiyal metastatik tümörün erkek/kadın oranını Lee YH. ve Lee JI (2017) (8) 1.63: 1, Hirshberg ve ark. (1993) (10) 1.6:1 bulmuştur. Çalışmamızda bu bilgi ile uyumlu olarak 1,7:1 oranıyla erkeklerde daha sık maksillofasiyal metastatik tümör bildirildiği belirlendi. Vakaların genel yaş ortalaması 56,4 ve kadınların yaş ortalaması 49,3, erkeklerin 60,5 olarak belirlendi. Bu bulgu, oral metastatik tümörlerin beşinci ve yedinci dekadlar arasında teşhis edildiğini bildiren önceki çalışmaların sonuçlarıyla tutarlıdır (11, 16). Primer tümörün yeri ve özelliklerinin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Lee YH ve Lee JI (2017) (8) çalışmasında erkeklerde maksillofasiyal bölgeye metastaz en sık akciğerlerden ve böbreklerden görülürken, meme ve tiroid dokuları kadınlarda en yaygın metastaz kaynakları olarak belirtilmiştir. Yaptığımız retrospektif analizde de erkeklerde en sık görülen primer bölgenin böbrek ve kadınlarda meme olarak bildirildiği tespit edildi. Literatürde ağrı, şişlik başta olmak üzere, kanama, parestezi, diş mobilitesi gibi birden çok bulgu ve belirtinin görüldüğü bildirilmiştir (1,5,7,14). Çalışmamızda benzer

şekilde en sık bulgu ve belirtiler şişlik (%54,9) ve ağrı (%31,9) olarak bulundu. Maksillofasiyal metastazın sık görüldüğü bölgeler; mandibular kemik, gingiva, paranazal sinüsler ve maksiller kemik olarak tespit edildi. Literatürde, mandibular kemiğin çene kemikleri içerisinde ve maksillofasiyal bölgede en sık metastatik tutulum gösterdiği ile ilgili görüş birliği vardır (1,5,6,14,17,18). Mandibular kemikte metastazın sık oluşu, aktif kemik iliği alanları bulundurması, vasküler boşlukların sinüzoidal yapıda olması ile ilgili gibi görünmektedir (6,17). Ağız yumuşak dokularında ise gingiva en sık etkilenen bölgedir. Gingivada kronik inflamasyonun ve zengin kılcal damar yapısının bu bölgeye metastazın sık görülmesinde etkili olabileceği üzerinde durulmuştur (5,6). Çalışmamızda değerlendirilen vakalar içerisinde en az ağız tabanında (n=1) metastatik tümör bildirilmiştir. Hirshberg ve ark. (1993) (10) 157 oral metastatik tümörden sadece bir tanesini ağız tabanında bildirmiştir. Ağız tabanı, oral skuamöz hücreli karsinomun sıklıkla geliştiği bir bölgedir ve oral kanserlerin yaklaşık dörtte biri bu bölgede ortaya çıkar (19,20). Ağız tabanında metastatik tümörlerin az görülmesinin kanser etiopatogenezindeki bir farklılığı ortaya koyabileceği düşünüldü. Histolojik tanıları değerlendirildiğinde literatürle uyumlu olarak en fazla adenokarsinom görüldü (1,17,21). Histopatolojik olarak adenokarsinom, glandüler elementleri olan neoplastik bir lezyondur. Adenokarsinomun, akciğer, meme, kolon ve prostat gibi maksillofasiyal bölgeye metastaz yaptığı bilinen birçok organdan kaynaklanabileceği düşünüldüğünde, primer tümör için dikkatli bir araştırma yapılmalıdır. Kesin tanı veya hastanın bilinen bir malignite öyküsü, hem doğru tedaviyi sağlar hem de metastazların kaynağını düzgün bir şekilde tanımlayabilir (1). Maksillofasiyal bölgeye metastatik hastalık tanısı ile küratif bir yanıt olasılığı azalır. Bu nedenle tedavi rejimi "yaşam kalitesini" iyileştirmeyi amaçlayan, lokal rezeksiyon, radyoterapi, kemoterapi veya hedefe yönelik tedavi tümör büyümesini yavaşlatmak veya metastazla ilişkili morbiditeyi hafifletmek için uygulanabilmektedir (3,7). Maksillofasiyal

tümörün tek metastatik lezyon olduğu bazı vakalarda, bildirilen takip süresi göreceli olarak kısa olmasına rağmen, rezeksiyonun prognozda iyileşme sağladığı görülmüştür (1,7,18). Çalışmamızda hastaların yaklaşık % 37,4'ünde cerrahi yapıldığı, en sık kemoterapi ve radyoterapiye başvurulduğu belirlendi. Metastazın ortaya çıkmasından ölüme kadar geçen sürenin birkaç aydan 1 yıla kadar olduğu belirtilmiştir (1). Hirshberg ve ark. (2008) (7) ortalama sağkalım süresini 7 ay, Van derWaal ve ark. (2003) (21) 6 ay ve Murillo ve ark. (2013) (18) 8,25 ay olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda uzak bir bölgeden maksillofasial metastaz teşhisinden sonraki ortalama yaşam süresinin oldukça az olduğu (7,6 ay) ve hastaların yarısının 6 aylık süreçte kaybedildiği belirlendi. Bununla birlikte çok sayıda vaka raporunda hastaların takip bilgisinin verilmemesinin (n=34) prognoz ile ilgili verilerin doğruluğunu etkileyebileceği düşünüldü.

Vücudun birçok farklı bölgesindeki maligniteler, maksillofasial metastaz yapabilir. Metastatik lezyonlar bulunduğu bölgeye bağlı olarak farklı özellikler göstermektedir. Oral ve maksillofasial bölgeye metastaz yapmış tümörün nadir olduğu unutulmamalıdır. Çoğu durumda metastatik oral lezyonların klinik görünümü iyi huylu hiperplastik veya reaktif bir lezyona benzer. Patognomonik bulgu ve belirtilerinin olmaması nedeniyle bu lezyonları sadece klinik olarak değerlendirmek yanıltıcı olabilir ve primer tümörün teşhisinde gecikmeye neden olabilir (7,10). Hastaların önemli bir kısmında (%35,2) maksillofasial metastaz primer tümör tanısı koyulmadan önce ortaya çıkmıştır. Klinisyenler, maksillofasial bölgede yeni teşhis edilen bir malignitenin uzak bölgelerden metastaz olabileceğini ve hatta primer lezyondan önce bulgu ve belirti verebileceğini göz önünde bulundurmalıdır.

KAYNAKLAR

1. McClure SA, Movahed R, Salama A et al. Maxillofacial metastases: a retrospective review of one institution's 15-year experience. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71:178-88.
2. Duffy MJ, McGowan PM, Gallagher WM. Cancer invasion and metastasis: changing views. *J Pathol.* 2008;214:283-93.
3. Sethi N, Kang Y. Unravelling the complexity of metastasis - molecular understanding and targeted therapies. *Nat Rev Cancer.* 2011;11:735-48.
4. Hirshberg A, Berger R, Allon I et al. Metastatic tumors to the jaws and mouth. *Head Neck Pathol.* 2014;8:463-74.
5. Allon I, Pessing A, Kaplan I et al. Metastatic tumors to the gingiva and the presence of teeth as a contributing factor: a literature analysis. *J Periodontol.* 2014;85:132-9.
6. Hirshberg A, Buchner A. Metastatic tumours to the oral region. An overview. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995;31B:355-60.
7. Hirshberg A, Shnaiderman-Shapiro A, Kaplan I et al. Metastatic tumours to the oral cavity - pathogenesis and analysis of 673 cases. *Oral Oncol.* 2008;44:743-52.
8. Lee YH, Lee JI. Metastatic carcinoma of the oral region: An analysis of 21 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22:e359-e65.
9. Nguyen DX, Bos PD, Massagué J. Metastasis: from dissemination to organ-specific colonization. *Nat Rev Cancer.* 2009;9:274-84.
10. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastases to the oral mucosa: analysis of 157 cases. *J Oral Pathol Med.* 1993;22:385-90.
11. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jawbones: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med.* 1994;23:337-41.
12. Nifosi G, Bressand H, Nifosi AF et al. Epulis-like presentation of gingival renal cancer metastasis. *Case Rep Oncol.* 2017;10:758-763.
13. Miyake M, Takebayashi R, Ohbayashi Y et al. Metastasis in the gingiva from colon adenocarcinoma. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015;14:279-82.
14. Lim SY, Kim SA, Ahn SG et al. Metastatic tumours to the jaws and oral soft tissues: a retrospective analysis of 41 Korean patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006;35:412-5.
15. Moraes RM, Alves FA, Carvalho BFDC et al. Mandible metastasis of small cell lung cancer mimicking a residual cyst. *Autops Case Rep.* 2017;7:37-41.
16. Nishimura Y, Yakata H, Kawasaki T et al. Metastatic tumours of the mouth and jaws. A review of the Japanese literature. *J Maxillofac Surg.* 1982;10:253-8.
17. Irani S. Metastasis to the jawbones: A review of 453 cases. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7:71-81.
18. Murillo J, Bagan JV, Hens E et al. Tumors metastasizing to the oral cavity: a study of 16 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71:1545-51.
19. Fives C, Feeley L, O'Leary G et al. Importance of lymphovascular invasion and invasive front on survival in floor of mouth cancer. *Head Neck.* 2016;38:E1528-34.

20. Pires FR, Ramos AB, Oliveira JB et al. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single oral pathology service during an 8-year period. *J Appl Oral Sci.* 2013;21:460–467.
21. Van der Waal RI, Buter J, Van der Waal I. Oral metastases: report of 24 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003;41:3-6.