

# MAKSİLLADAKİ PATOLOJİK OLUŞUMLARDA AYIRICI TANI YÖNTEMİ: KİST VE SUKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM: İKİ VAKA RAPORU

## Differential Diagnosis Method of Maxillary Pathological Formations: Cyst and Squamous Cell Carcinoma: Two Case Reports

Ayşegül Sarı<sup>1</sup>, Berk Turgay<sup>2</sup>, Salih Çelik<sup>3</sup>, Sibel Hakverdi<sup>4</sup>, Tümay Özgür<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, HATAY

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, HATAY

<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, ANTALYA

<sup>4</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, HATAY

### ÖZET

**Amaç:** Bu raporun amacı odontojenik çene kistine benzer klinik tablo ile seyreden Skuamöz hücreli karsinom (SHK)'da histopatolojik değerlendirmenin tanıda önemini vurgulamaktır.

**Vakalar:** Üst çenede şişlik şikâyetiyle başvuran 71 yaşında bayan hasta ve benzer klinik tablo ve şikâyetle başvuran 65 yaşında erkek hasta kısmen benzer radyolojik değerlendirmelere sahipti. Hastalardan alınan biyopsilerin patolojik tanılarına göre tedavi yaklaşımlarında bulunuldu.

**Sonuç:** Cerrahi işlem öncesi histopatolojik değerlendirme, tedavi şeklinin en belirleyici unsurudur. Sadece klinik ve radyolojik değerlendirmeler yanıltıcı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Odontojenik kist, skuamöz hücreli karsinom (SHK), tanı yöntemleri.

### ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this paper is to emphasize the importance of histopathological evaluation in differential diagnosis of early phase Squamous cell carcinoma (SCC)'s showing similar clinical characteristics with odontogenic cysts.

**Cases:** 71 years old female patient consulting because of swelling on the upper jaw and 65 years old male patient consulting with similar clinical manifestations both having comparatively resembling radiographical evaluations. Treatment approach was confirmed by the pathological diagnosis made according to biopsies taken.

**Results:** Histopathological evaluation is the decisive component of treatment approach before surgical operation. Treatment decision only by clinical and radiological evaluation can be misleading

**Keywords:** Odontogenic cyst, squamous cell carcinoma (SCC), diagnostic techniques.

Gönderme tarihi / Received: 06.10.2016 Kabul tarihi / Accepted: 23.11.2016

İletişim: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Sarı Mustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, HATAY

Tel:05071110868 E-posta: [aysglr@gmail.com](mailto:aysglr@gmail.com)

## GİRİŞ

Kistler, içi epitel, dışı bağ doku çevrili yavaş büyüyen, kemik, yumuşak dokuda yada ikisinde birden yayılım gösteren sıvı dolu patolojik oluşumlardır. Odontojenik kistler epitel artıklarından kaynaklandıkları için çenelerde sık görülürler (1, 2). Epitel artıklarının proliferasyonunun etyolojik faktörleri arasında iltihap, travma gibi nedenler yer alabilir(1). Tanıda rutin radyografik değerlendirme ön plana çıksa da ağrı, şişlik, enflamasyon gibi klinik bulgular da tanıyı destekler. Kemik içerisinde büyüyen kemik içi rezorbsiyona neden olurlar. Yumuşak dokuya yayılmış ise mukozayı iterek büyük çaplara ulaşabilirler (3).

Oral bölgenin malign oluşumları arasında skuamöz hücreli karsinomlara (SHK) oldukça sık rastlanır. Ağız kanserlerinin %90 dan fazlasını ağız ve orofarenksin müköz membranından alan SHK genellikle 40 yaş üzeri erkek bireylerde görülür (4). SHK' larda agresif ilerleme nedeniyle hastaların 5 yıl ve üzeri prognozu oldukça düşüktür (5). Erken teşhis ve tedavi hastanın hayat standardını ve hayatta kalım süresini arttıran en temel unsurlardır.

Bu sunuda klinik ve radyolojik olarak kist görüntüsü veren lezyonlarda ayırıcı teşhisin önemi vakalar aracılığıyla vurgulanmaktadır.

## VAKALAR

### Vaka 1

71 yaşında bayan hasta, burun tabanına yakın ağız içinde kret tepesinde dudaklarını kapamasına engel olacak büyüklükte şişlik şikâyetiyle kliniğimize geldi. Hastada ağrı şikâyeti veya şişlik üzerinde ülser görüntü yoktu. Klinik incelemede üst çenede bukkal

sulkusta yayılım gösteren 4 cm çapında iyi sınırlı, yüzeyi düzgün şişlik tespit edildi (Resim 1). Radyolojik incelemede 20x40x25 mm hacminde radyolüsent alan tespit edilmiştir (Resim 2). Lokal anestesi altında ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı ve sarımtırak sıvı aspire edildi (Resim 3). Sıvı aspire edilmiş olması kist ön tanısını güçlendirdi. Cerrahi olarak lezyonun tamamının çıkarılmasına karar verildi. Flep kaldırılıp lezyon, kist çeperinin kemik dokusuna adezyonu olmadığı için kolayca kemik segmentten uzaklaştırıldı. Yumuşak doku epiteli flep içerisinden kürete edildi. Eksize edilen materyal histopatolojik inceleme için gönderildi. İnceleme sonucunda kesin tanı "odontolojik kist" olarak koyuldu (Resim 4).

### Resim 1: İntaoral görünüm



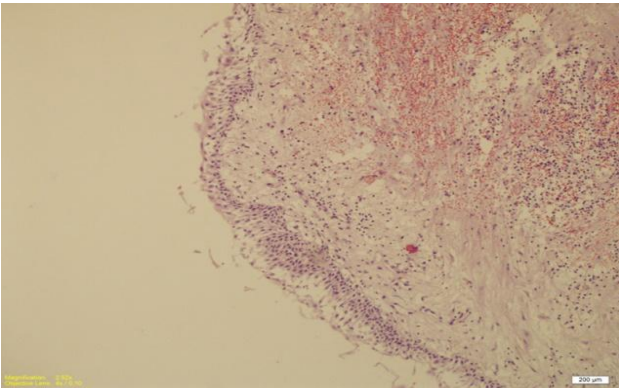
### Resim 2: Lezyonun CT görüntüsü



**Resim 3: Aspirasyon biyopsisi materyali**



**Resim 4: Histolojik görüntü: Yüzeyi yer yer baskılaşmış yassı epitelle döşeli duvarında kronik inflamasyon gözlenen dentijeröz kist (Hematoksilen&EozinX40)**



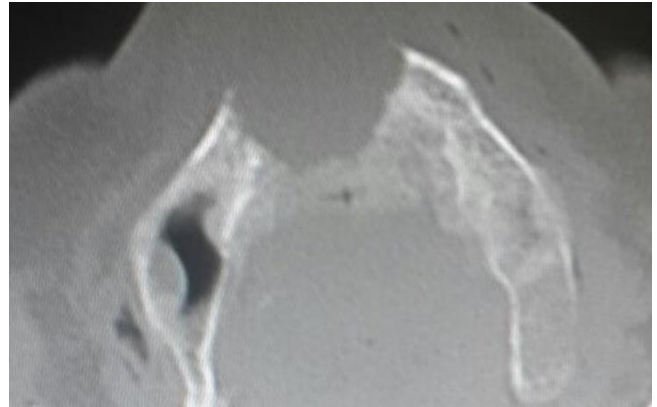
## Vaka 2

65 yaşında erkek hasta ağız içinde üst çenesinde şişlik sebebiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde ağrısının olmadığını belirtti. Klinik ağız içi muayenesinde maksiler kret tepesinden palatinal orta hatta doğru uzanan, yaklaşık 30x20x25 cm boyutlarında, yuvarlak, üzeri keratinize mukoza ile örtülü şişliğin palatinal kısmındaki ülser alan dışında yüzeyinin düzgün olduğu görüldü (Resim 5). Bu ülser alanın travmatik okluzyona bağlı olabileceği düşünüldü. Lezyon bayan hasta ile aynı bölgede ve benzer klinik tabloya sahipti. Radyolojik muayenesinde sınırları net olmayan rezorbe

**Resim 5: İntaoral görünüm**



**Resim 6: Lezyonun CT görüntüsü**

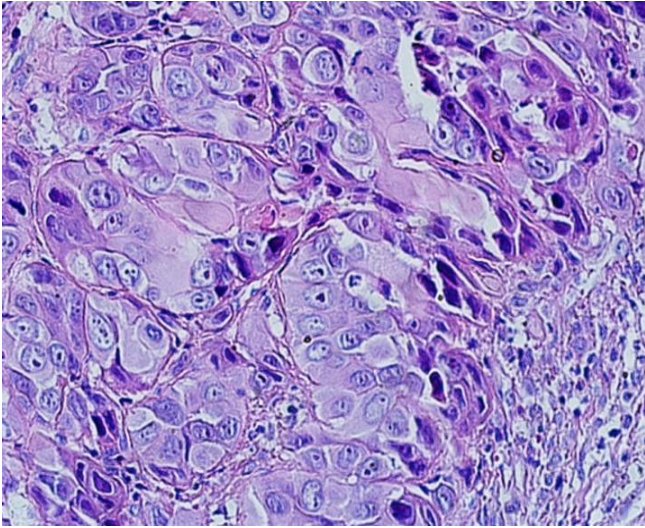


alan görüldü (Resim 6). Aspirasyon biyopsisinde sıvı aspirasyonu gerçekleştirilemedi. Biyopsi alınmasına karar verildi. Hastanın histopatolojik tanısı SHK olarak rapor edildi (Resim 7). Hasta cerrahi işlem için Kulak Burun Boğaz ve Onkoloji servisine sevk edildi.

## TARTIŞMA

Ağız içerisinde birçok patolojik oluşuma rastlanmaktadır. Benzer klinik özellikler gösterebilen hatta radyolojik olarak bile birbirinden ayırması zor olan bu patolojik oluşumların teşhisinde farklı tanı yöntemi mevcuttur. Histopatolojik tanı günümüzde

**Resim 7: Histopatolojik görüntü: Tümör iri hiperkromatiknüveli, geniş eozinofiliksitoplazmalı, yer yer keratinize yapılar içeren atipik hücreler (H&Ex200)**



halen en güvenilir kesin tanı yöntemi olarak geçerliliğini korumaktadır (6-9). Ağız içi lezyonlara teşhis amaçlı yaklaşımları, girişimsel ve girişimsel olmayan yöntemler olarak ikiye ayırabiliriz(10). Ağız içi girişimsel olmayan tanı metodlarının başında, hastanın şikayetlerinin dinlenmesi, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, diaskopi gelmektedir (11, 12). Girişimsel tanı metodları ise aspirasyon ve biyopsi olarak ikiye ayrılır. Aspirasyon ile lezyonun içeriği hakkında bilgi alınabilirken, biyopside lezyonun tamamı yada bir kısmı çıkartılarak tanı için laboratuara gönderilir (13, 14).

Sadece girişimsel olmayan metotlar uygulandığında erken aşamadaki malign lezyonlar kolaylıkla benign oluşumlarla yada patolojik olmayan varyasyonlarla karıştırılabilmektedir. Bu nedenle teşhisinden emin olunamayan inatçı lezyonlarda histolojik değerlendirme önem taşır (15).

Biz bu vaka raporumuzda klinik olarak benzer tablo ile kliniğimize başvuran ancak tanı ve

buna bağlı tedavisi tamamen farklı olan iki lezyonu ele aldık. Buldukları yer, şekil, renk ve boyut olarak birbirine benzer ağrısız, yavaş büyüyen şişlik şeklinde belirti veren patolojilerin, radyolojik değerlendirmesi de radyolüsent monoloküler lezyon şeklindeydi.

Genellikle sürekli dişlenme döneminde görülen dentijeröz kistler, oldukça yavaş büyürler ve enfekte olmadıkları müddetçe genellikle semptom vermezler. Erken dönemde müdahale edilmeyen dentijeröz kistlerde ağrısız yüz şişlikleri görülebilmektedir (16). Aynı şekilde SHK hastalarında ağız içerisindeki patolojik oluşuma bağlı olarak yer yer üzeri ülserle kaplı şişlikler mevcut olabilmektedir (17). Bizim vakalarımızın klinik bulguları her iki patolojik oluşumdaki klinik belirteçler ile uyumluydu. İlk vakamızdaki kemik dışında şişlik oluşturacak ve dudakların kapanmasına engel olacak büyüklükteki şişliğin görece büyük olmasında çene kemiğinde var olan yaşa bağlı rezorbsiyonun neden olduğu olduğu düşünüldü.

Ayrıcı tanı yapılırken dikkat edilmesi gereken hususlardan biride lezyon içerisinde aspirasyon yapıp yapılmadığıdır. Kistlerin içerisinde kolestrol, parçalanmış eritrositler, nötrofiller ve lenfositler gibi iltihabi hücreler, epitel hücreleri, fibrin, kollesterin kristalleri ve molekül ağırlığı fazla proteinlerden oluşan sarı renkte, akıcı kıvamda iltihabi eksuda bulunmaktadır (18). İlk olguda aspirasyon pozitif iken, ikinci olguda aspirasyon yapılamamıştır. Bu durum ön tanıyı desteklemiştir.

Klinik görünüşleri çok benzer olan her iki vakanın radyolojik görüntüleri de incelenmiş, sınırlar düzenliliğinde farklılık olsada her ikisinde de benzer radyolüsent alan izlenmiştir.

Klinik ve radyolojik değerlendirmelerle kesin tanısı konulamayan vakaların doğru teşhisi için, biyopsiler alınarak histopatolojik incelemeye gönderilmiştir.

Dentijeröz kiste histopatolojik olarak epiteli nonkeratinize yassı epitel ya da 2-4 katlı kübik epitel şeklinde olabilir. Kist duvarı gevşek fibröz yapıdadır. Sekonder enflamasyonun mevcut olduğu durumlarda epitelyal hiperplazi görülebilir (19). Bizim ilk vakamızda bu bilgilerle uyumlu olarak yüzeyi yer yer basıklaşmış yassı epitelle döşeli duvarında kronik enflamasyon gözlenen dentijeröz kist şeklinde rapor edilmiştir.

SHK'nın histopatolojik incelemesinde tümör; adalar, trabeküler ve kordonsal yapılar şeklinde görülebilir. Tümör hücreleri geniş eozinofilikstoplazmalı, hiperkromatik-veziküle nükleusludur. Yer yer keratinizasyon içerebilir (globhorm) (20). Bizim ikinci vakamız bu mikroskopik bilgilerle uyumlu olarak SHK şeklinde rapor edilmiştir.

İlerleyen teknoloji girişimsel olmayan tanı metotlarının geliştirilmesi yönünde devam etmektedir. Ancak henüz ağız içi lezyonların erken teşhisinde güvenilir ve girişimsel olmayan bir metot yoktur. Bu bağlamda erken teşhis için histolojik değerlendirme halen altın standart olarak yerini korumaktadır (8).

Ağız içinde görülebilen yavaş büyüyen semptomsuz lezyonlar ciddi malignite riski taşıyabilir. Çoğu kez tedavi edilebilir olduğu erken aşamalarda semptom vermeksizin büyüme gösterebilirler. Bu nedenle rutin diş hekimi kontrolü kritik önem taşır. Ayrıca ağız içerisindeki bu malign lezyonların kist benzeri diğer lezyonlarla klinik belirtilerinin örtüşmesi

nedeniyle doğru teşhis için histopatolojik tanı önem arz etmektedir.

## REFERANSLAR

1. Yücetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. Ankara: Atlas Kitapçılık. 2005;143:329-47.
2. Kramer IR. Changingviews on oral disease. Proceedings of theRoyalSociety of Medicine. 1974;67(4):271-6.
3. Stoelinga PJ. Long-termfollow-up on keratocyststreatedaccordingto a definedprotocol. International journal of oral andmaxillofacialsurgery. 2001;30(1):14-25.
4. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral andoropharyngealcancer. Oral oncology. 2009;45(4-5):309-16.
5. Scully C, Bagan J. Oral squamouscellcarcinomaoverview. Oral oncology. 2009;45(4-5):301-8.
6. Group ESESNW. Bone sarcomas: ESMO ClinicalPracticeGuidelinesfordiagnosis, treatmentandfollow-up. Annals of oncology: officialjournal of theEuropeanSocietyforMedicalOncology / ESMO. 2014;25 Suppl 3:iii113-23.
7. Rubin BP, Fletcher CD, Inwards C, Montag AG, Peabody T, Qualman SJ, et al. Protocol fortheexamination of specimensfrompatientswithsofttissuetumors of intermediatemalignantpotential, malignantsofttissuetumors, andbenign/locallyaggressiveandmalignant bone tumors. Archives of pathology&laboratorymedicine. 2006;130(11):1616-29.
8. Rosenberg PA, Frisbie J, Lee J, Lee K, Frommer H, Kottal S, et al. Evaluation of pathologists (histopathology) andradiologists (conebeamcomputedtomography) differentiatingradicularcystsfromgranulomas. Journal of endodontics. 2010;36(3):423-8.
9. Novis DA. Detectingandpreventingtheoccurrence of errors in thepractices of laboratorymedicineandanatomicpathology: 15 years' experiencewiththeCollege of AmericanPathologists' Q-PROBES and Q-TRACKS programs. Clinics in laboratorymedicine. 2004;24(4):965-78.

10. Mashberg A, Samit A. Early diagnosis of asymptomatic oral and oropharyngeal squamous cancers. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 1995;45(6):328-51.
11. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: clinical pathologic correlations: Elsevier Health Sciences; 2012.
12. Epstein JB, Zhang L, Rosin M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. Journal-Canadian Dental Association. 2002;68(10):617-21.
13. Bommer KK, Ramzy I, Mody D. Fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis and management of bone lesions: a study of 450 cases. Cancer. 1997;81(3):148-56.
14. Mangham DC, Athanasou NA. Guidelines for histopathological specimen examination and diagnostic reporting of primary bone tumours. Clinical sarcoma research. 2011;1(1):6.
15. Rajendran R. Shafer's textbook of oral pathology: Elsevier India; 2009.
16. August M, Faquin WC, Troulis M, Kaban LB. Differentiation of odontogenic keratinocysts from nonkeratinizing cysts by use of fine-needle aspiration biopsy and cytokeratin-10 staining. Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2000;58(9):935-40; discussion 40-1.
17. Patel PN, Mutalik VS, Rehani S, Radhakrishnan R. Basaloid squamous cell carcinoma of oral cavity with incongruent clinical course. BMJ case reports. 2013;2013.
18. Kışınçı RŞ, Tüz HH. Ağız Cerrahisi Atlası: Plame Yayınları; 2004. 175-230 p.
19. Gnepp DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. 787 p.
20. Gnepp DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.