

## **Mandibula Sarkomları (16 vaka bildirimini)**

**Dr. Bedrettin GÖRGÜN (\*)**

Mandibula sarkomları nadir tümörlerdendir. Yayınlar genellikle vaka takdimi şeklinde olmaktadır. ELLİS'e göre bütün çene sarkomalarının insidansı yılda milyon da 1 dir (3). Takriben dört milyon nüfusu olan Danimarkada onbir yılda 15 mandibula sarkomuna rastlanmıştır (6, 7). Buna karşın 28 maksilla sarkomu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletlerinde ise insidansı 100000 de 0,07 olarak bildirilmiştir. GARRINGTON'a göre bütün kemik sarkomlarının % 0,5-0,7 si mandibuladan çıkmaktadır (4).

### **Materyel Metod**

Mandibula sarkomu dolayısıyla radikal tedavi gören hastalarımızın son on iki yıldaki sayısı 16 dır. Bu vakalarımızdan 10'u erkek, 6'sı kadındı. En genç hastamız 9 yaşında fibrosarkoma tanılı, en yaşlısı ise 69 yaşında indiferansiye sarkomlu hastamızdı.

---

(\*) İst. Tıp Fak. Plâstik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü, Çapa, İstanbul.

### Histopatolojik Tanrıya göre Ayırım

Kondrosarkoma	5
Fibro »	3
Mikzo »	3
Myeloblastik »	2
Osteosarkoma »	1
İndiferansiye »	2
Total	16

**Tablo : I**

İlk belirtiler, nisbeten erken dönemde müracaat eden vakalar da diş ağrısı, diş gevşemesi ve alt dudakta uyuşukluk şeklinde olmuştur. İlerlemiş lezyonu bulunan 14 vakada ise ağız içinde ülserasyon, tümör ve mandibuladaki lezyona uyan yüz bölgesinde şişlik bazen de regional adenopati ve şiddetli ağrı yukarıda belirtilen ilk bulgulara eklenmiştir.

Teşhiste mümkün olan vakalarda panoreks (Ortopantografik), diğerlerinde normal direkt röntgen tetkiklerinden faydalanılmıştır. Bilhassa erken vakaların teşhisinde ve rezeksiyon hududunu tâyinde panoreks grafiğinin büyük faydasını göndük. Ameliyat öncesi bütün vakalarımızda biopsi ile kesin tanıya varmaya çalıştık. Rutin akciğer röntgenleri ve laboratuvar testleri yapıldı. Preoperatif biopsinin kesin tanıya götürmediği 3 vakada, klinik teşhisten de yararlanılarak yapılan radikal girişimlerde elde edilen spesimenlerin detaylı incelemeleri sonunda bir vakada adamantinoma zemininden çıkmış karsino sarkoma, diğerinde Fibrosarkoma, bir diğerinde de Ewing sarkomu tesbit edilmiştir. Definitif cerrahi girişimler nazotrakeal intubasyonla ve geniş radikal ameliyatlara imkan verecek şekilde planlanıp yapılmıştır.

### Yapılan Ameliyatlar

Total Mandibulektomi	1
Hemi ve Parsiyel »	2
Hemimandibulektomi	9
» parsiyel maksillektomi	1
Parsiyel mandibulektomi	3

**Tablo : II**

Radikal boyun disseksiyonu 4, bilateral üst boyun disseksiyonu 3, tek taraflı üst boyun disseksiyonu ise 6 vakada en-bloc uygulanmıştır. Ameliyat sırasında piyes, şekillerde de görüldüğü gibi röntgen laboratuvarına gönderilerek trabekülasyonu iyice görmeye imkan veren dozda asgari iki pozisyonda direkt röntgenleri aldırılış ve bu sayede diğer dokuların süperpozisyonu olmadan net bir şekilde lezyon ve rezeksiyon hudutları incelenerek ameliyatın genişliği hakkında değerlendirme yapılmış gereken vakalarda bu radyografilere bakılarak rezeksiyon genişletilebilmiştir (1 vakada). Ağız içi defekti yanak ve ağız döşemesi, dil mukozası dikilerek, cilt defekti ise komşu bölgelerden kaydırılarak (gereken vakalarda) kapatılmıştır. Geniş doku kaybı bulunan vakalarda rekonstrüktif girişimlere en erken 6 ay sonra başlanılmıştır. Trakeotomi indikasyonu, preoperatif olarak iki vakada konmuş ve rezeksiyondan önce per operatuar elektif olarak uygulanmıştır. Trakeotomi tüpleri 10-12 inci günler alınabilmiştir. Diğer vakalarda yakın izleme ve insuflasyon tüpleri ile bir solunum yolu sıkıntısı olmamış ve trakeotomi gerekmemiştir.

Ablasyondan sonra müsait vakalarda tel ile maksilla mandibuler fiksasyon yapılarak mandibula devilasyonu önlenmiştir. Üç vakada ise mandibula defekti Krishner teli ile köprülenmiştir. Ameliyat loju drene edilmiştir. Son yıllarda vakumlu drenleri rutin olarak kullanılarak yara iyileşmesi süresi kısaltılabilmektedir. Oro kütane fistül veya önemli bir komplikasyon görülmemiştir.

Post operatif radyoterapi profilaktik olarak yalnız myeloblastik sarkomalı hastalara uygulanmıştır. Radyoterapi hiç uygulanmamış halen 32 yaşındaki ve 12 yıl önce Total mandibulektomi ve Radikal Boyun disseksiyonu uyguladığımız bir vaka hiç bir residiv göstermemiştir. Bu hastada çeşitli rekonstrüktif girişimler yapılmış, evlenmiş ve çocuk sahibi olmuştur.

Sonuçlar görünüm, konuşma, beslenme ve sürvi bakımlarından tatminkâr olmuştur.

## TARTIŞMA

Mandibula sarkomu bulunan hastaların kür sağlanarak ve minimum mütilasyon ile kurtarılabilmeleri amacımızdır. Bunun içinde mandibula ile ilgili şikâyetleri olan ki bu arada diş gevşemesi, dudak uyuşması, diş ağrısı gibi şikâyetlerin üzerinde çok önemle durmak gerekir. Ağız içinde veya dışında bir şişliği, ülserasyonu bulunmayan

hastada Nevrus alveolaris inferior basısı belirtilerinin iyi çekilmiş röntgenler ve tercihan ortopantografik röntgenlerle incelenmesi şüpheli vakalarda da kemik biopsilerine baş vurulması muhakkak ki bir çok gereksiz mütilasyonu, insan ızdırıp ve kaybını önleyecektir (3, 4, 7). Genel olarak selim ve habis mandibula lezyonlarını ayırmada klinik belirtilerin hikâyesi ve bu hikâyenin süresi, ilerleyici varşıta olup olmaması önemlidir. Bir ülserasyon varsa, kenarlarının intizami, indurasyonu, papiller gelişmeler ve regional adenopati teşhiste önemli ipuçları verebilmektedir. En sık rastlanan mandibula lezyonlarını fibroosteoma, fibröz displazi, dev hücreli reperatif granulomalari); sarkomlardan ayırmak biopsi ile dahi bazen zorluk gösterebilir. Mandibulada primer tükürük bezi adenokanserlerine de rastlanabilmektedir (10). Böyle bir teşhise ancak klinik destek ile varılabilirki bunlarda mukozanın salim olması, tükürük bezlerinin salim olması ve uzak bir primer tümörün mevcut olmamasıdır.

Adamantinomaların ayırıcı teşhisi genellikle güç değildir. Hikayenin uzun bir zamandan beri mevcut olması, tümörün yavaş büyümesi, ülserasyonun geç ve müdahalelerden sonra görülmesi radyografide multiloküler kistik lezyonlar görülmesi ve biopsi ile teşhise gidilir. Fakat vakalarımızdan birinde olduğu gibi, adamantinomalara fibrosarkoma, ve karsinomalara da dönüşebilir ve uzak metastaz, regional metastaz dahi yapabilir (5, 10, 11). Ayırıcı teşhiste klinik biopsilerle teşhise varılamayabilir ve teşhis bizim vakamızda olduğu gibi esas spesimenin seri halinde tetkiki ile mümkün olabilir.

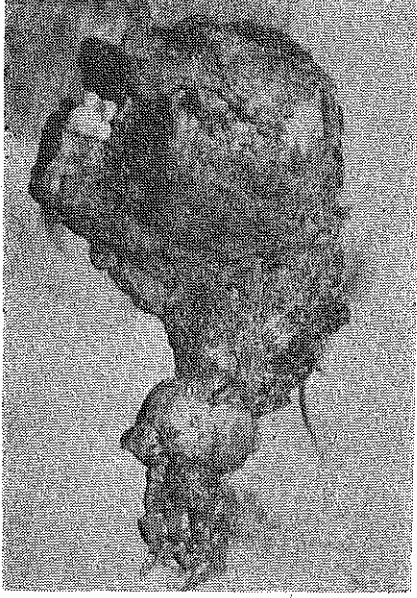
Fibrosarkomaların çoğu periostal bir kısmı ise nörovasküler demet ile ilgili central tiptedir ve erkenden kendini ya şişlik ya da çene ve alt dudak parastezisi ile belli eder (7, 12). Radyolojik olarak central tipte destrüksiyon, güve yeniği manzarası, periostal tipte ise vakamızda da olduğu gibi korteks erozyonu ve tümör içine doğru kemik dikenleri (spikülleri) görülebilir. Osteosarkomalarda başlıca şikâyet şişlik ve ağrıdır. Literatürde ışılanmış fibröz dizplazilerden çıkma osteosarkoma vakaları bildirilmiştir. Radyografik olarak destrüksiyon, skleroz veya miket görünüm hakimdir. Osteosarkomalar osteoblastik, ve fibroblastik tipte olabilirler Periost altından çıkanları diken formasyonu (Sun ray) gösterebilir. Bizim serimizde enteresan olarak kondrosarkomalar daha sık görülmüştür. Radyolojik olarak erken dönemlerde belli belirsiz destrüksiyon sahaları görünür. Ewing sarkomu çok hızlı seyirlidir. Daha çok çocuklarda ve gençlerde görülür. Mandibula lokalizasyonunda radiolusan destrüktif lezyonlar erken dönemde zimba ile delinmiş defektler halinde imal verirler ve radyoterapiye hassastırlar.

Mandibula sarkomlarında ancak geniş cerrahi girişim kür sağlayabilmekte ve hayatın idamesi kabil olmaktadır. Bunun içinde lezyonun proksimali, distali, etrafındaki yumuşak doku zarfının yeterli alınması hatta submandibuler ve reginoal lenfatiklerle tek parça halinde çıkarılmasının (en-bloc) önemi büyüktür. Bu rezeksiyon plânlanırken kanalis mandibularis ve foramen mentalenin tümörle ilişkisine özel itina göstermek gerekir (1, 7).

Rezeksiyondan sonra mandibula deviasyonunu önlemek için minimum 2-3 hafta kadar dişli hastalarda şine ve lastik bantlarla maksillamandibuler fiksasyon yapıyor ve kalan mandibula fragmanının normokluzyonunu bozmamaya çalışıyoruz. Malign mandibula tümörlerinin rezeksiyonundan sonra genellikle primer kemik greftlemesi uygulanmamaktadır. Bunun sebepleri şöyle sıralanabilir. Radikal ameliyatın yeterli yumuşak doku zarfı bırakmaması, fistül ve yara ayrılması şansının yüksek olması, residivi tanınmanın güçleşmesi gibi sebepler primer kemik greftlemesini engeller.



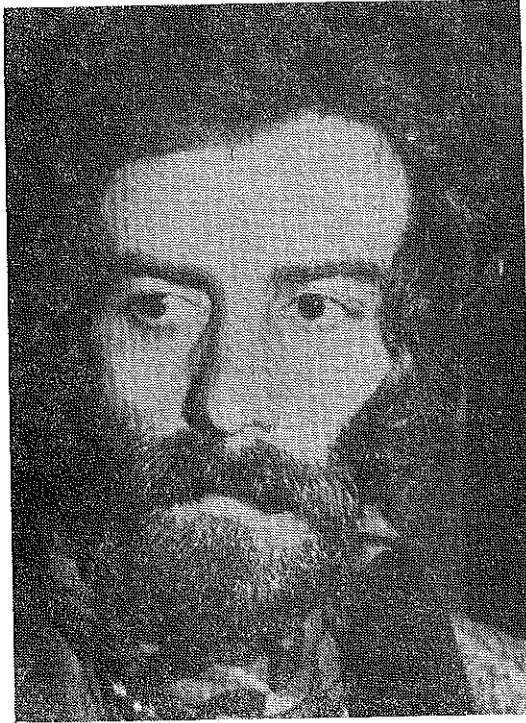
Şekil 1 : A. İ. Ö. Sol ramus mandibula dan çıkmış bir kondrosarkoma vakasının preoperatif görünümü.



**Şekil 2 : Aynı vakanın hemi mandibulektomi, ve total parotidektomi, radikal boyun disseksiyonu piyesi.**



**Şekil 3 : Ameliyat piyesinin in vitro radyografisi osteosklerotik ve litik alanlar ve ramus mandibula etrafındaki invazyon görülmektedir.**



Şekil 4 : Aynı vakanın post op. resmi.



Şekil 5 : A. P. Sağ korpus mandibula alt kenarından çıkmış bir fibrosarkoma vakası, a) Preoperatif,

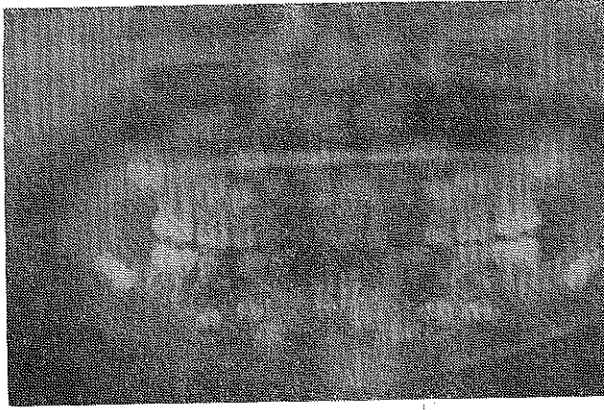


**b) Postoperatif resimler.**

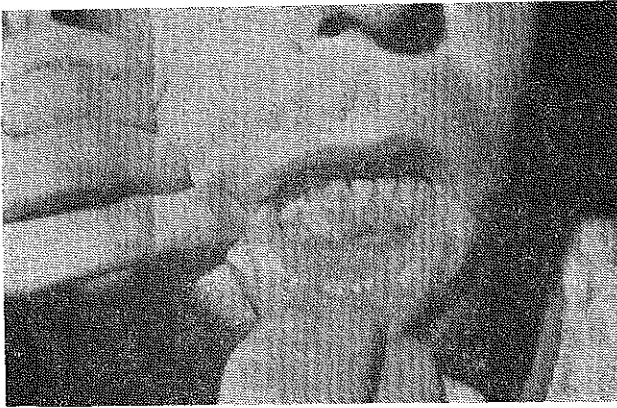


**Şekil 6 : Hemimandibulektomi ve üst boyun diseksiyonu ile çıkarılmış piyesin in vitro radyografisi alt kenarda destrüksiyon ve yumuşak dokulara doğru ışınal osteosklerotik alanlar dikkati çekmektedir.**

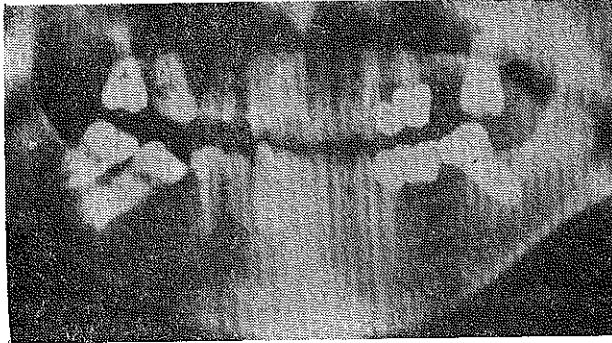




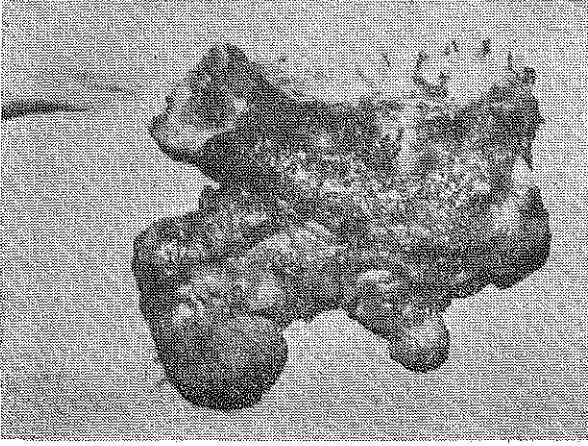
**Şekil 7 :** Aynı vakanın preop panoreks grafilerinde de aynı bulgular tesbit edilebilmektedir.



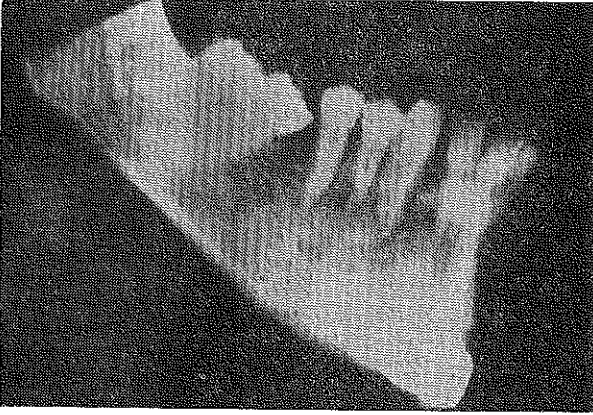
**Şekil 8 :** S. E. Sağ kanin diş hizasından başlamış bir kondrosarkoma vakası ilk belirti dudak paretezisi ve diş ağrısı.



**Şekil 9 :** Panoreks grafide kanin diş kökü etrafında destrüksiyon alanı seçilmektedir.



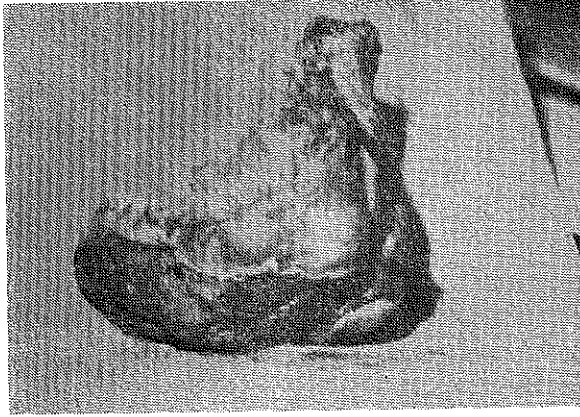
**Şekil 10 : Ameliyat piyesi.**



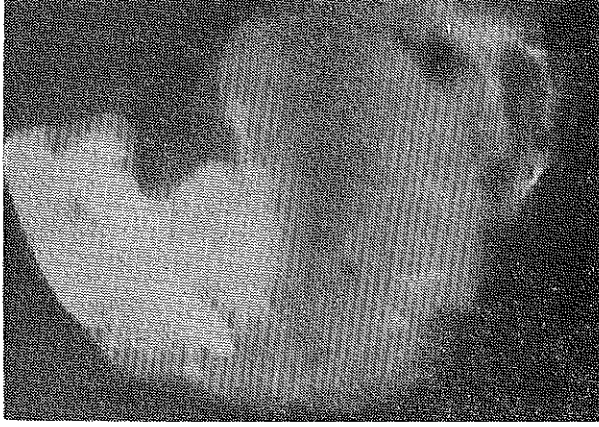
**Şekil 11 : İnvitro piyes radyografisinde destrüksiyon vazih şekilde görülmektedir.**



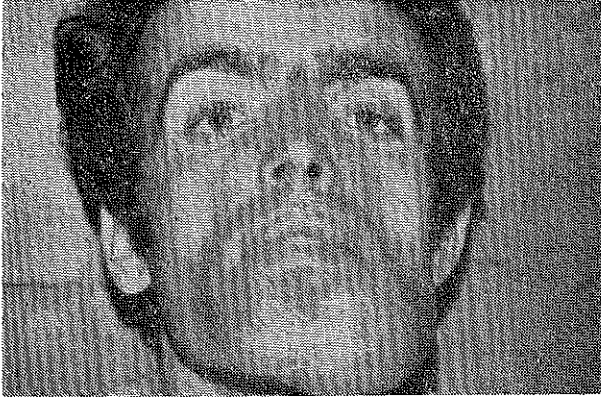
**Şekil 12 :** H. A. Mükerrer biopsilerinde adamantinoma tesbit edilmiş fakat ameliyat piyesinin tetkikinde karsinomatö ve sarkomatö alanlar gösteren vakamız.



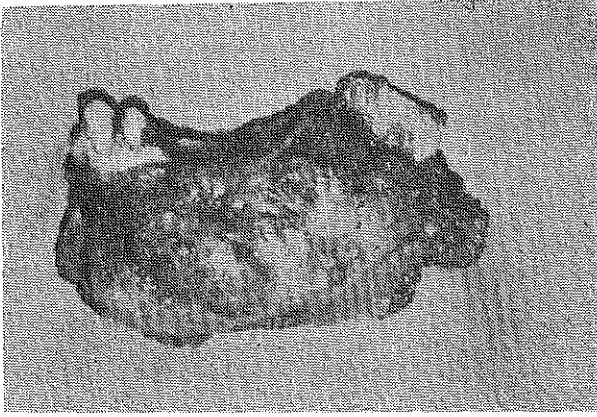
**Şekil 13 :** Ameliyat piyesinin görünümü. radyografisi.



**Şekil 14 : Multikistik ve mandibula destrüksiyonu yaptığı görülen in vitro piyes radyografisi**



**Şekil 15 : B. P. Mandibula kondrosarkomalı vakanın preop. görünümü.**



Şekil 16 : Aynı vakanın ameliyat piyesi resmi.



Şekil 17 : Aynı vakanın Post op, resmi.

## Ö Z E T

### Mandibula Sarkomları (16 vaka bildiri)

Kliniğimizde ameliyat edilmiş, oldukça nadir görülen mandibula sarkomları takdim edilmiştir. En genç olgu 9 yaşında fibrosarkomalı, en yaşlı olgu ise 63 yaşında indifferansiye sarkomalı hastalardı. Erken belirtiler diş ağrısı, alt dudakta uyuşma, dişlerin gevşemesi, tümör ve ağrı idi. Tümör ülserasyonu ve lenfadenomegali ilerlemiş lezyonu olan vakalarda görülmüştü. Biopsi, panoreks radyografi, ve ameliyat piyesinin radyografileri lezyonun özellikleri ve ameliyat planını saptamada fevkalade kıymetli bulunmuşlardır. Uygun vakalarda Kischner telli, mak-sillo-mandibuler fiksasyon mandibulektomiden sonra fragmanları tesbitte kullanılmışlardır. Primer kemik grefi rutin olarak uygulanmamıştır.

## S U M M A R Y

### SARCOMAS OF THE MANDIBLE

(report of 16 cases)

Dr. Bedrettin GÖRGÜN (\*)

The patients with these rare tumors of the mandible operated on, in our clinic have been presented. Their histopathological types were as shown below in table 1.

Chondro sarcoma .....	5
Fibro sarcoma .....	3
Myxo sarcoma .....	3
Myeloblastic sarcoma .....	2
Osteo sarcoma .....	1
Undifferentiated sarcoma .....	2
<b>Total</b>	<b>16</b>

Chondrosarcoma was the most frequently seen one in our serie. Male to female ratio was 11/5. The youngest patient was 9 years old and had fibrosarcoma. The oldest one, 63 had undifferentiated sarcoma. The early symptoms mostly were toothache, numbness in the lower lip, loosening of the tooth, tumor and pain. Ulceration of the tumor and lymph node enlargements were seen in well advanced cases. Definite diagnosis were possible in the majority of cases with preoperative evaluation and biopsy. Panorex ray pictures were very valuable in diagnosing and planing the operation. During the operations X ray pictures of the specimens were taken to check the lesion and its free borders. K wires and maxillo-mandibular fixations were utilized in suitable cases to stabilize the fragments. Tracheostomy were used electively in two patients, one with total the other with subtotal mandibulectomy. Primary bone grafting were not used.

(\*) Prof. Plas. Surg., Univ. Ist. Çapa Istanbul, Turkey

## L I T E R A T Ü R

- 1 — Bertelli A. Padua. : Tumors of the mandible, sah. 136, Surgical Treatment of Head and Neck Tumors. Ed. Barbosa J. T. 1974 Grune Stratton, New York London.
- 2 — Carlin G. A. : Personally fabricated chin implants, Plas. Reconstr. Surg. 51 : 121, 1973.
- 3 — Ellis D. J., Winslow J. R., : Reticulum Cell sarcoma of the mandible, Oral Surg. 42 : 570, 1976.
- 4 — Garrington G. E, Scoffield H. H., Carnyn J., Hooker S. P. : Osteosarcoma of the jaws (analysis of 56 cases), Cancer 20 : 377, 1967.
- 5 — Leider. A. Ş., Nelson J. F., Trodahl J. N. : Ameloblastic fibrosarcoma of the jaws, Oral Surg. 33 559, 1972.
- 6 — Pindborg J. J. : The incidence and rate of jaw sarcoma in Denmark, O. S. O. M. O. P. (Oral, Surgery, Oral Pathology, Oral Medicine) 14 : 276, 1961.
- 7 — Pindborg J. J., Hjørtting-Hansen E. : Atlas of diseases of the jaws, Munksgaard Copenhagen ve W. B. Saunders Co. 1974.
- 8 — Rapoport A., Sobrinho J. A., Carvalho M. B, Magrin J., Queiroz Costa F., Quadros J. V. : Ewing's Sarcoma of the Mandible, Oral Surg : 44 : 89, 1977.
- 9 — Thoma K. H. : Oral Surgery V : 2 1097 Chapter 43, 1963 The Cv Mosby Co. St. Louis.
- 10 — Toth B. B., Byrne R. P., Hinds E. C. : Central adenocarcinoma of the mandible Oral Surg 39 : 436, 1975.
- 11 — Tsukuda Y., Pava S., Pickren J. W. : Granular cell ameloblastoma with metastasis to the lungs. Cancer 18 : 916, 1965.
- 12 — Upton L. G., Hayward J. R., Kerr D. A. : Nuerofibrosarcoma of the mandible, Oral Surg 35 : 504, 1977.