

BÖLÜM 2

ORAL TÜMÖRLERE CERRAHİ YAKLAŞIM

Ömür DEREÇİ¹

ORAL BÖLGEDE GÖRÜLEN BENİGN TÜMÖRLER

Kraniofasiyal iskeletin primer benign neoplazmları osteomlar, osteokondromlar ve osteofibromaları içerir. Vasküler kökenden gelişen hemanjiomlar da kraniofasiyal bölgede görülen tümörler arasındadır. Genellikle asemptomatikler ve şans eseri teşhis edilirler. Osteomalar tipik olarak asemptomatik ve kalvaryum ya da paranasal sinüs içinde sıklıkla gözlenirler. Puberteden sonra ortaya çıkmakta ve semptomatik oldukları zaman müdahale gerektirmektedirler. Malign transformasyon nadirdir ve teşhis edildiklerinde Gardner sendromu açısından hastayı ileri gözleme almak gerekir. Osteoid osteomalar küçük boyutlu genellikle çocuk ve genç erişkinlerde görülen soliter ve ağırlı radyolusent-radyopak mikst lezyonlardır. Uzun kemiklere yerleşen ve ağırlı olmayan büyük ve agresif formları osteblastoma olarak isimlendirilirler. Osteoid osteomaların tedavilerinde lokal eksizyon yeterliyken, osteblastomalar osteosarkoma dönüşme riski bulundurduğundan geniş olarak rezeke edilirler.

Kartilajenöz kökenden oluşan tümörler osteokondromlar, kondromlar, kondroblastomlar ve kondromiksoid fibromlardır. Osteokondromlar benign, kırıkdaş şapka içeren kemik büyümeleridir. Genellikle solid olan bu tümörler ailesel bir osteokondromatozis varlığında çoklu görülürler. Soliter lezyonlar alt çenede ve kafa tabanında gözlenir. Kondromlar hyalin kartilajdan gelişirler çoğunlukla kemik içinde büyüme gösterirler. Epifizyal kartilajın devamı oldukları düşünülmektedir. Çoklu kondromalar genellikle ailesel geçişli sendromları düşündürmekte ve kondrosarkoma dönüşme oranı %50'yi bulmaktadır. Kondroblastom genellikle uzun kemiklerin epifizyal bölgelerinde görülmektedir. Baş ve boyun bölgesinde genellikle temporal kemik, alt çene ve parietal kemikte

¹ Doç. Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Cerrahisi AD.,
odereci@ogu.edu.tr

septumun yaklaşık 2-3 mm ilerisinden başlar. Bu sınır tümör sınırlarına uyacak şekilde değiştirilebilir. Yan kesici diş varsa ve lezyona dahil değilse proteze destek amacı için korunabilir. Palatal osteotomi tamamlandıktan sonra sert ve yumuşak damak arasındaki yumuşak doku ekleri keskin diseksiyon/ koter kullanılarak serbest bırakılır. Lateral orbita duvarı ve orbitanın arka tabanı üzerindeki osteotomiler tamamlanır, böylece maksilla kırılması sağlanır. Bu durumda kalan tek bağlantı pterygoid plakadır. Maksillanın pterygoid damağa bağlantısı kavisli bir osteotom kullanılarak kesilebilir. Maksilla artık lateral sallanma hareketleriyle serbest bırakılabilir. Bu aşamada hızlı kanama görülebilir. Kanama genellikle internal maksiller damarlar ve pterygoid pleksustan kaynaklanır. Tüm alanı sıcak paket kullanarak paketlemek kanamayı kontrol etmeye yardımcı olacaktır. Bu kanamanın büyük bir kısmı sıcak paketleme ile önemli ölçüde azalır. Sıcak ambalajın kanamayı kontrol edememesi durumunda tek tek damarların bipolar koter kullanılarak koterize edilmesi gerekecektir. Tüm maksilla çıkarıldıktan sonra alan salin ve betadin çözeltisi ile yıkanır, geçici protez yerleştirilir.

Karşılaşılan komplikasyonlar aşağıdaki gibi sıralanabilir⁽⁸⁾;

1. İntraoperatif kanama
2. Epiphora
3. Orbita yapılarında hasar
4. Korneada hasar
5. Görme bozuklukları
6. Görme kaybı
7. Velofaringeal yetersizlik
8. Kozmetik defekt/skar
9. Çiğneme kaslarındaki skar nedeniyle trismus

Maksillektomi ve orta yüz defektleri önemli majör ve estetik anormallikler yaratır. Rekonstrüksiyonun başarısı rezeke edilen dokunun boyutuna ve bileşenlerine bağlıdır. Büyük defekt varlığında genellikle serbest doku transferinin kullanılması gerekmektedir. Obturatör yapımı iyi fonksiyonel sonuçlar oluşturur, ancak sürekli hasta bakımı gerektirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Soluk-Tekkeşin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2017 (4th) Edition. Turk patoloji dergisi. 2018;34(1).
2. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. 1 ed. Şişli/İstanbul: Quintessence Yayıncılık Tanıtım Paz. ve Dış. Tic. Ltd. Sti.; 2015. 470 p.
3. Kruse A, Pielas U, Riener MO, Zunker C, Bredell MG, Grätz KW. Craniomaxillofacial fibrous dysplasia: a 10-year database 1996-2006. The British journal of oral & maxillofacial surgery. 2009;47(4):302-5.
4. DeVilliers P, Suggs C, Simmons D, Murrah V, Wright JT. Microgenomics of ameloblastoma. Journal of dental research. 2011;90(4):463-9.

5. Coleman H, Hille J, van Heerden W, Boy S, Mahar A. Non-Odontogenic Bone Pathology. In: Farah CS, Balasubramaniam R, McCullough MJ, editors. Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice. Cham: Springer International Publishing; 2018; 1-73.
6. Jatin Shah SP, Bhuvanesh Singh, Richard Wong. Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology: Elsevier; 2019, 5. Edition.
7. Aramany MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: classification. The Journal of prosthetic dentistry. 1978;40(5):554-7.
8. Matthiesen DT, Manfra Marretta S. Results and complications associated with partial mandibulectomy and maxillectomy techniques. Problems in veterinary medicine. 1990;2(1):248-75.