

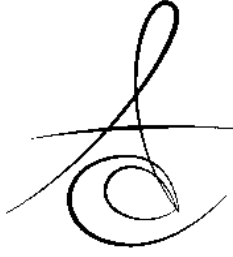
PAPER DETAILS

TITLE: RETROMOLAR TRIGONE SQUAMOUS CELL CARCINOMA: CASE REPORT

AUTHORS: Eda YALÇIN,Nida SÜSLÜ,Nihal AVCU

PAGES: 1-5

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/28090>



RETROMOLAR TRİGON SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM: OLGU SUNUMU

RETROMOLAR TRIGONE SQUAMOUS CELL CARCINOMA: CASE REPORT

Dt. Eda Didem YALÇIN*

Doç. Dr. Nilda SÜSLÜ**

* Prof. Dr. Nihal AVCU

Makale Kodu/Article code: 1459

Makale Gönderilme tarihi: 15.01.2014

Kabul Tarihi: 05.02.2014

ÖZET

Skuamöz hücreli karsinom oral kavitede görülen malign tümörlerin % 90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Sıklıkla 40 yaş üzerindeki erkeklerde görülür. Tütün, alkol kullanımı, kötü ağız hijyeni ve kronik irritasyon en önemli etyolojik faktörlerdendir. Klinik olarak ilk bulgu ağrısız ülserlerin varlığıdır. En sık tutulum bölgeleri; dil, ağız tabanı, alveolar ark ve sert damaktır. Retromolar trigon bölgesinde ise tutulum nadirdir. Retromolar trigon; üçgen şeklinde, tabanı son molar dişin distal yüzeyinden posterior mandibular alveolusa kadar uzanan ve apeksi tüber maksillada olan bir bölgedir. Lateral sınırı koronoid proses, medial sınırı ise anterior tonsiller plikalardır. Mukoza ile mandibular ramus arasındaki sıkı bağlantıdan dolayı bu bölge karsinomları periosta sıklıkla invaze olur.

Bu olgu sunumunda; retromolar trigon bölgesinde ağrısız şişlik şeklinde başlayan, çok geniş tutulum gösteren skuamöz hücreli karsinom tanısı konulan 75 yaşındaki erkek hastanın klinik, radyolojik ve patolojik bulguları sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Skuamöz Hücreli Karsinom, Retromolar Trigon, Oral Kavite, Bilgisayarlı Tomografi, Panoramik Radyografi

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma accounts for more than 90 % of malignant tumours of the oral cavity. It is most likely to appear in males over the age of 40. Smoking, alcohol consumption, chronic irritation and poor oral hygiene are identified as the most common etiological factors. The first clinical sign is asymptomatic ulceration. The most frequent involved sites are tongue, followed by mouth floor, alveolar ridge, and hard palate. Retromolar trigone region involvement is rare. Retromolar trigone is a region that is triangular shaped of which base of the trigone extends from distal surface of the last molar tooth to the posterior mandibular alveolus and the apex of trigone is maxillary alveolar tuberosity. The lateral border of this triangle is coronoid process, medial border is limited to the anterior tonsillar pillars. The carcinomas of this region are invaded to the mandibular periosteum because in retromolar trigone, mucous membrane is firmly connected to the ramus of mandible. In this case report; the clinical, radiological and pathological findings are presented of a 75-years-old male patient that is diagnosed with squamous cell carcinoma which is widely involved and started with painless swelling in the retromolar trigone.

Key Words: Squamous Cell Carcinoma, Retromolar Trigone, Oral Cavity, Computed Tomography, Panoramic Radiography

GİRİŞ

Skuamöz epitel; deri, dudaklar ve oral kavite müköz membranının primer yüzey yapısıdır. Baş ve boyun bölgesinin malign tümörlerinin % 86-95'i bu yapıdan gelişir. Ağız kanserlerinin % 90'dan fazlasını ağız ve orofarenksin müköz membranından gelişen skuamöz hücreli karsinom (SHK) oluşturmaktadır.^{1,2}

SHK, çok katlı skuamöz epitelin malign neoplazmi olup lokal destrüktif büyüme ve metastaz yapma eğilimindedir.³ Oral bölgede en sık görülen malign tümördür.^{3, 4,5} SHK sıklıkla oral kaviteyi döşeyen çok katlı yassı epitelten displazi ile başlar, neoplazik hücrelerin bazal membranı aşır subepitelyal alana invaze olması ile malign bir tümör olarak gelişir. Klinik

* H.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD.

** H. Ü. Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz AD.



olarak ilk bulgu genellikle ağrısız ülserlerdir ve tanı anında en sık ülser ekzotik lezyon şeklinde görülmektedir.⁶

Sıklıkla 40 yaş üzeri erkeklerde görülür. Görülme oranı yaşa bağlı olarak artar.⁷ Farklı çalışmalarda, immünsüpresif hastalarda oral SHK sıklığının özellikle gençlerde arttığı gözlenmiştir. Ancak ilerleyen yaşa bağlı olarak azalan immün bağışıklık, genetik değişimlerin akümüasyonu⁸ ve kanserde başlatıcı-promoter etkilere (fiziksel ve kimyasal iritanlar, virüsler, hormonal etkiler, hücrel yaşlanma) maruz kalınan süre artacaktır.⁵

En önemli risk faktörleri sigara ve alkol kullanımı olup kötü ağız hijyeni, diş protezleri, bazı genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları etyolojide yer almaktadır.⁹ Lökoplaki ve eritroplaki gibi bazı premalign hastalıkların SHK gelişme riskini artırdığı bilinmektedir.^{10,11} Ayrıca oral liken planus, diskoid lupus eritematozus ve submukozal fibrozis riski arttıran diğer hastalıklardır. Son çalışmalarda ise virüslerin, özellikle de Human Papilloma Virüsün (HPV) ağız kanserine yol açtığı bildirilmektedir.¹² Bu faktörlere rağmen oral kanserler Dünya Sağlık Örgütü tarafından önenebilir kanserler olarak tanımlanmaktadır.¹³ Bunun sebebi, belirtilen risk faktörlerinin en önemlilerinden olan sigara ve alkol kullanımının engellenebilir olmasıdır.

SHK'lar kendi içinde histopatolojik derecelendirme, lokalizasyon ve "tümör büyüklüğü, lenf nodu tutulumu, metastaz varlığına" (TNM) göre sınıflandırılabilir. En sık görülen lokalizasyon; dilin lateral ve dorsal sınırları, orofarenks, dudak, ağız tabanı, gingiva, sert damak ve bukkal mukozadır.^{14,15} Bu bölgeler non-keratinize ve ince mukoza ile kaplı olduğundan karsinojenite eğilimine keratinize mukozadan daha yatkındır.^{3,5} Retromolar trigon bölgesinde ise tutulum nadirdir. Retromolar trigon; üçgen şeklinde, tabanı 3. molar dişin distal yüzeyinden posterior mandibular alveolusa kadar uzanan ve apeksi tüber maksillada olan bir bölgedir. Lateral sınırı koronoid proses, medial sınırı ise anterior tonsiller plikallardır.^{16,17} Literatürde bu bölgede saptanan az sayıda vaka bildirilmiştir.^{16,17,18}

Hastalarda trismus, bölgesel ağrı ya da otalji şikayetleri olabilir.^{16,18} Trismus varlığı pterygoid invazyonu düşündürse de bu durumun her zaman tümör yayılımını göstermeyebileceği, o bölgedeki komşu pterygoid kastaki inflamasyondan da

kaynaklanabileceği göz önünde tutulmalıdır. Lezyon uzun süre asemptomatik kalıp ileri evrede komşu bölgelerde tutulum ve semptom verebilir.¹⁶

Ağız mukozasında görülen hiperkeratotik, eritemli veya ülserli alanlar, başlangıç halindeki kanserlerin belirtisi olabilir. Dental muayenede saptanan 3 haftadan uzun süre var olan teşhis konmamış her türlü kitle ve ülser kanser şüphesi ile incelenmelidir.¹⁹

Oral kanserlerin erken tanısı hastalığın prognozu ve tedavisi açısından çok önemlidir. Ancak erken tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen oral kanserlerin prognozu oldukça kötüdür. Erken teşhis edilemeyen olgular fonksiyon kaybına, tedavi sonrası düzeltilmesi mümkün olmayan yüz ve ağız deformitelerine hatta ölümlere neden olabilir.²⁰

Oral karsinomalarda tedavi; hastanın yaşına, medikal durumuna, tümörün bulunduğu alana, yayılma derecesine ve histolojik tipine göre planlanır.⁴ Tedavide genel olarak erken evrede tek modalite; cerrahi ya da radyoterapi, ileri evrede ise kombine tedavi tercih edilir.^{4,11,19} Amaç primer tümörün cerrahi olarak çıkartılması ve hastalığın yayılımının önlenmesidir.

OLGU

75 yaşında erkek hasta, damağında başlayıp hızla büyüyen kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinden herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenilen hastanın alışkanlıkları sorgulandığında sigara, alkol vb. kullanmadığı, parafonksiyonel alışkanlığı olmadığı saptandı. Hastanın ağız dışı muayenesinde; sağ yüz bölgesinde belirgin asimetri, ağız açmada kısıtlılık mevcuttu. Boyun lenf bezlerinin muayenesinde palpe edilebilir lenf bezi ve lenfadenopati saptanmadı.

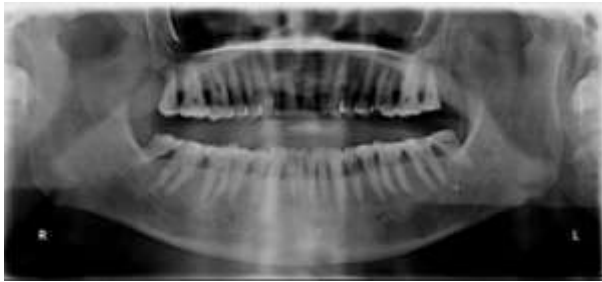
Hastanın ağız açma kısıtlılığı nedeniyle intraoral muayenesi detaylı olarak yapılamadı. Ancak özellikle damak, yanak bölgesinde ülser, geniş lezyon saptandı. Oral hijyeni orta olan ve ağız kuruluğu şikayeti olmayan hastanın diş kole bölgelerinde yaygın kama şeklinde defektler gözlemlendi.

Hastanın radyolojik tanısı için alınan panoramik grafisinde; sağ maksiller 3. molar diş hizasından ramusa doğru uzanan ve retromolar bölgeyi içeren geniş radyoopasite izlendi (Resim 1). İleri görüntüleme amacı ile istenen bilgisayarlı tomografi sonucuna göre sağ retromolar trigonda 2.5x1.8x1.5 cm boyutunda



mandibula ve maksillaya invazyon gösteren kitle için skuamozel karsinom ön tanısı konuldu (Resim 2). Lezyonun genişliği ve invaziv olması nedeni ile Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ile konsülte edildi. Yapılan biyopsi sonrası histolojik tanı perinöral invazyonun da olduğu iyi diferensiyel, sağ retromolar trigonda skuamöz hücreli karsinom olarak bildirildi. İlginç olarak frozen yöntemi ile elde edilen tüm cerrahi sınır incelemeleri tümör açısından negatifti. Hastaya lezyonun geniş tutulumlu olması nedeni ile 8,5x6.0x3,5 cm boyutlarında üstte maksilla ve altta mandibula ramusundan oluşan sağ taraf segmenter mandibulektomi + parsiyel maksillektomi + level 1-4 boyun diseksiyonu yapılmıştır (Resim 3). Ayrıca bir adet level 1, 2.3 cm çapında metastatik lenf, 29 adet reaksiyonel lenf nodülü (1 adet level 1A, 2 adet level 1B, 6 adet level 2, 9 adet level 3, 11 adet level 4) çıkarılmıştır.

Cerrahi sırasında maseter kasın bir kısmı, sağ sublingual tükürük bezi, sağ mandibular angulus ve korpus ile ramusun geniş bir kısmı ve tüber maksilla da geniş bir bölge rezeke edilmiş olup defekt, yanak ve dil mukozası ile onarılmıştır. Ameliyat sonrasında işlemle ilgili komplikasyon gelişmemiştir. Tedavinin ileri aşaması olarak konkomitant kemoradyoterapi planlanmıştır. Hastanın dental takibinde panoramik grafisinde sağ mandibular bölgede vertikal fraktür hattı saptanmış ve o bölgedeki sağ mandibular 1. molar diş çekilmiştir (Resim 4). İyileşme sonrası hastaya florlama ve kole bölgelerinin restorasyonları yapılmış olup gerekli önerilerde bulunulmuştur. Hasta 3 aylık periyotlarla takip edilmektedir.



Resim 1. Hastanın tanı öncesi panoramik radyografisinde 18 nolu diş hizasından ramusa doğru uzanan ve retromolar bölgeyi içeren opasite artışı ile izlenen geniş lezyon



Resim 2. Bilgisayarlı tomografide aksiyal kesitte sağ retromolar trigonda 2.5x1.8x1.5 cm boyutunda, mandibula ve maksillaya invazyon gösteren kitle



Resim 3. Lezyonun segmental mandibular, parsiyel maksiller cerrahisi sonrası 8.5x6.0x3.5 cm boyutlarında görünümü ve lezyonla beraber çıkarılan sublingual tükürük bezi



Resim 4. Hastanın cerrahi sonrası dental tedavileri tamamlandıktan sonraki panoramik radyografisi, sağ mandibular bölgede vertikal fraktür hattı

TARTIŞMA

Skuamöz hücreli karsinomlar ağız mukozasının bulunduğu her bölgede görülebilir. Tümörlerin yerleşimi ile etyolojik faktörler arasında belirgin bağlantı vardır. Örneğin, tütün ürünlerinin neden olduğu skuamöz hücreli karsinomlar daha çok yumuşak damak, ağız tabanı, yanak-alveol kreti arasındaki sulkus, glottis yerleşimi gösterir. Dil kenarlarında oluşan karsinomlar tütün ürünlerinden çok kronik iritasyonlara bağlıdır. Özellikle dil ve ağız tabanında gelişen skuamöz hücreli karsinomların, invaziv davranış ve erken dönem metastazları nedeniyle prognozları kötüdür.

Ağızda SHK'lar sıklıkla yumuşak damakta gelişir. Sert damak karsinomlarının çoğu tükürük bezlerinden kökenli adenokarsinomlardır. Sigaranın yanan ucunu ağız içerisinde tutarak (reversesmoking) tüketen toplumlarda, sert damak skuamöz hücreli karsinomların görülme oranı daha yüksektir. Ancak hastamızın sigara öyküsü bulunmamasına rağmen ilginç olarak karsinom sert damakta saptanmıştır.

SHK'lar genellikle lökoplaki ya da eritroplaki zemininde oluşurlar ve endofitik gelişme gösterirler. Olgumuz, lezyonu ilk fark ettiğinde ağrısız, kanamasız yara şeklinde olduğunu belirtmiştir. Hastanın geç dönemde gelmesi nedeni ile lökoplaki ya da eritroplaki varlığı ile ilgili araştırma yapılamamıştır.

Özellikle dil ve ağız tabanı skuamöz hücreli karsinomlarının, invaziv davranış ve erken dönem metastazları nedeniyle prognozları kötüdür. Literatürde SHK'ların sıklıkla servikal lenf düğümlerine metastaz yaptığı bildirilmiştir. Olgumuzda karsinomun sert damakta gelişmesi ve frozenda tümör cerrahi sınırlarının negatif olmasına rağmen histolojik olarak 1 adet metastatik submandibular, 29 adet reaksiyoner lenf nodülü saptanmıştır.

SHK'nın tedavisi erken evrede cerrahi ya da radyoterapi, ileri evrede ise kombine tedavidir. Amaç primer tümörün cerrahi olarak çıkartılarak, hastalığın yayılımının önlenmesidir. Evre I (T1N0M0) ve Evre II (T2N0M0) tümörlerin rezeksiyonu sonrasında palyatif radyoterapiye başvurulabilir. Bu olguda (T1N0MX). Anatomik yeri nedeniyle biyopsi dışında cerrahi girişim yapılamayan lezyonlarda radyoterapi ilk seçenektir.

Radikal kanser cerrahisi; primer tümörün cerrahi tedavisi ve gizli veya belirgin boyun metastazlarının tedavisi olmak üzere 2 ana bölgeye yönelik olarak yapılmaktadır. Hastaların cerrahi

tedavilerinde sıklıkla primer tümörün rezeksiyonu ile birlikte boyun diseksiyonu da yapılmaktadır.¹¹ Gizli metastazlar için elektif boyun diseksiyonu da yapılabilir. Bunun sonucunda, klinik olarak normal ancak histopatolojik olarak tümör içeren lenflerin diseksiyonu her ne kadar erken evre lezyonlarda sınırlı pozitif sonuç verse de, hastanın tedavisinin planlanmasında büyük önem taşır.²¹

Metastaz saptanan ileri evrelerdeki olgularda (Evre III ve Evre IV), tümör rezeksiyonunun yanısıra radikal boyun diseksiyonu uygulanarak lenf düğümleri de çıkarılır. Hastamıza tümörün radikal cerrahisi yanında level 1-4 boyun diseksiyonu da yapılmıştır.

Eksizyonla çıkarılan skuamöz hücreli karsinomların cerrahi sınırları çok önemlidir. Cerrahi sınırları tümüyle kuşatan normal mukoza yoksa ya da küçük bir alanda olsa bile cerrahi sınırlardan birinde epitelyum displazisi görülüyorsa skuamöz hücreli karsinomun tekrarlama olasılığı çok fazladır. Biyopside perinöral invazyon bulgusu saptanan olguların cerrahisinde radikal davranılması önerilir. Olgumuzda da perinöral invazyon ve geniş tutulum söz konusu olması nedeni ile radikal cerrahi yapılmış, konkomitant kemoradyoterapi planlanmıştır.

Hastanın tıbbi tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ

Oral kanserleri teşhis etmede en büyük görev diş hekimlerine düşmektedir. Erken evrede hastaların çoğu ilk olarak diş hekimleri tarafından görülmektedir. Bu yüzden özellikle orta yaş ve üzeri hastalarda tüm ağız muayenesi yaparken ülsere/eroziv lezyonları veya ağrısız şişlikleri takip etmeleri olası malign lezyonların erken tanısı ve hasta yaşam kalitesi için çok önemlidir. Diş hekimlerinin rutin muayenelerde özellikle risk grubunda olanlarda mutlaka oral kansere ilişkin bulguları kontrol etmesi, şüpheli durumlarda hastayı bu konuda bilgilendirmesi ve rutin kontrollere çağırması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Warnakulasuriya S. Global Epidemiology of Oral and Oropharyngeal Cancer. Oral Oncol 2009;45:309-16.
2. Werning JW. Oral Cancer: Diagnosis, Management, Andrehabilitation. 1st Ed. New York: Thieme Medical Publishers 2007.



3. Başerer N. Oral Kavite Kanseri In: Engin K, Erişen L (Eds). Baş-Boyun Kanseri 1. Baskı Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003;237-70.
4. Cawson Ra, Odell Ew, Porter S. Cawson's Essentials Of Oral Pathology and Oral Medicine. 7. Ed. Churchill Livingstone, Edinburgh 2002;230-54.
5. Epstein Jb. Oral Cancerın: Greenberg Ms, Glick M. (Eds) Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment 10th Ed. Bc Deckerinc, Ontario 2003;194-234.
6. Falaki F, Dalirsani Z, Pakfetrat A, Falaki A, Saghravanian N, Nosratzahi T, Pazouki M. Clinical And Histopathological Analysis of Oral Squamous Cell Carcinoma of Young Patients in Mashhad, Iran: A Retrospective Study and Review of Literature. Med Oral Patol Oral Cırbucal 2011;16:473-7.
7. Bilgel N. Baş-Boyun Kanseriinin Epidemiyo-Lojisi: Engin K, Erişen L (Eds). Baş-Boyun Kanseri 1.Baskı Nobel Matbaacılık, İstanbul 2003;33-6.
8. Wogan Gn, Hecht Ss, Felton Js, Conney Ah, Loeb Al. Enviromental and Chemical Carcinogenesis. Seminars in Cancer Biology 2004; 14:473-86.
9. Öztürk B, Coşkun U, Yaman E, Kaya Ao, Yıldız R, Benekli M, Büyükberber S. Oral Kavite Kanseriinde Risk Faktörleri, Premalign Lezyonlar ve Kemoprevensiyon. UHOD 2009; 19:117- 26.
10. Scully C, Hegarty A: The Oral Cavity and Lips. Rook's Textbook of Dermatology. Eds. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. 8. Baskı. Massachusetts, Blackwell Publishing 2010; 69.1-69.129.
11. Demireller A, Serin M, Erkel HŞ, Manavoğlu O, Kurt E. Tedavi Prensipleri In: Engin K, Erişen L (Eds). Baş-Boyun Kanseri 1. Baskı Nobel Matbaacılık, İstanbul 2003;121-42.
12. World Cancer Report. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2003.
13. Oyan B, Aksoy S, Yavas O, Kars A, Turker A, Barista I. Thymicmalignancy in a Breast Cancer Patient: Is There an Association with Anti-Estrogenic Effects of Tamoxifen. Actaoncologica 2004;43:115-6.
14. Bulut E, Yılmaz F, Bekçioğlu B, Günhan Ö. Posterior Alveoler Krette Dişeti Yerleşimli Skuamoz Hücreli Karsinoma: Olgu Sunumu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2013;23:239-43.
15. Mc Dowell JD. An overview of epidemiology and common risk factors for squamous cell carcinoma. Otolaryngol Clin North Am 2006; 39:277-94.
16. Bayman NA, Sykes AJ, Bonington S, Blackburn T, Patel M, Swindell R, Slevin NJ. Primary Radiotherapy for Carcinoma of the Retromolar Trigone: A Useful Alternative to Surgery. Clinoncol R Collradiol 2010; 22:119-24.
17. Ayad T, Gélinas M, Guertin L, Larochelle D, Del Vecchio P, Tabet JC, Olivier MJ, Soulières D, Charpentier D, Nguyen-Tân PF. Retromolar Trigone Carcinoma Treated by Primary Radiation Therapy: An Alternative to the Primary Surgical Approach. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2005;131:576-82.
18. Genden EM, Ferlito A, Shaha AR, Et Al. Management of Cancer of the Retromolar Trigone. Oral Oncol 2003;39:633-7.
19. Blanchaert RH Jr. Contemporary Principles of Surgical Reconstruction of the Oral Cavity. In: Ord RA, Blanchaert RH: (Eds). Oral Cancer the Dentist's Role in Diagnosis, Management, Rehabilitation, and Prevention. 1th Ed. Quintessence Publishing Coınc, Chicago, 2000;93-109.
20. Epstein JB, Zhangli. Rosin M. Advances in the Diagnosis of Oral Premalignant and Malignant Lesions. J Can Dentassoc, 2002;68:17-21.
21. Lim YC, Kim JW, Koh YW, Kim K, Kim HJ, Kim KM, Choi EC. Perivascular-Submandibular Lymphnode Metastasis in Squamous Cell Carcinoma of the Tongue and Floor of the Mouth. Eur J Cancersurg 2004;30:692-8.

Yazışma Adresi

Dt. Eda Didem YALÇIN
Hacettepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi
Radyoloji AD. giriş kat.
Sıhhiye/Altındağ ANKARA
Tlf: 03123052205
e-mail: didemyalcn@gmail.com

