

OLGU SUNUMU

## MASSETER KAS İÇİ YERLEŞİMLİ HEMANJİOM

### INTRAMUSCULAR HEMANJİOMA OF THE MASSETER MUSCLE

Dr. Onur ODABAŞI(\*), Dr. Kubilay METİN(\*), Dr. Cemil MUTLU(\*), Dr. Gökhan ERPEK(\*)

**ÖZET:** Kas içi yerleşimli hemanjiomlar, sıklıkla gövde ve ekstremitelerde izlenmesine karşılık, baş ve boyun bölgesinde oldukça ender görülürler. Masseter kası en sık görülen yerdir. Tüm hemanjiomların %0.8'ini oluşturur. Preoperatif olarak doğru tam genellikle konulamaz. Masseter kası için yerleşimli bir hemanjiom olgusu sunulmuş olup, klinik radyolojik, histolojik bulgular ile tedavi protokolü tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Masseter kası, Hemanjiom.

**Abstract:** Intramuscular hemangiomas (IMH) are uncommon tumors of the head and neck region, occur often in the trunk and extremities. Masseter muscle is the most commonly involved site. It constitutes only 0.8% of all hemangiomas. Accurate preoperative diagnosis is usually uncommon. A case of IMH of the masseter muscle is presented, the clinical, radiologic, histologic findings and treatment modalities are discussed.

**Key Words:** Intramuscular hemangioma, masseter muscle.

## GİRİŞ

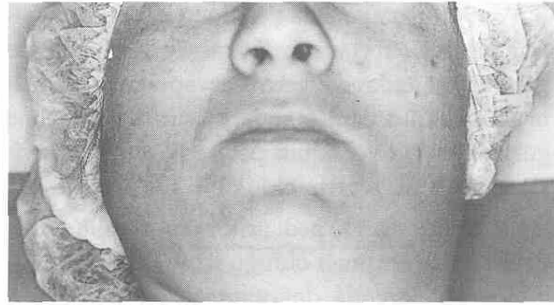
Hemanjiomlar bebeklik çağının en sık rastlanan tümörlerinden olup, en sık kutanöz ve mukozal yüzeylerde izlenirler. İskelet kasından köken alan hemanjiomlar tüm hemanjiomların %1'inden daha az olup, başlıca gövdenin büyük kaslarından ve ekstremitelerden köken alırlar. Kas içi yerleşimli hemanjiomlar baş ve boyun bölgesinde oldukça enderdir. Tüm intramusküler hemanjiomların % 15'i baş ve boyun bölgesinde olup, masseter kası en sık tutulan yerdir (1). Bu tümörlerin ender görülmesi, derin yerleşimli olması, bulgularının nonspesifik olması nedeni ile, operasyon öncesi doğru tam konulması oldukça ender olup, tedavinin planlanmasında, yetersiz rezeksiyon ve fasial sinirin zedelenmesi gibi risklere yol açar (14). Bu belirsizlikler nedeni ile, klinik tanı konulmada ultrasound, komputere tomografi, arteriografi, magnetik rezonans görüntüleme gibi yöntemlere gereğinden fazla güvenilmektedir(5).

Preoperatif olarak tüm rutin incelemeleri yapmamıza rağmen, postoperatif histopatolojik incelemeye kadar gerçek tanısı konulamayan bir intramusküler hemanjiom vakası sunulmuştur.

## OLGU

24 yaşında bayan hasta, yedi yıldan beri sağ mandibla köşesinin önünde, giderek büyüyen kitle yakınması ile kınığımıza başvurdu. Daha önceden boyun ve yüz travması, oral kontraseptiv

kullanımı ve bölgeye operasyon anemnezi yoktu. Fizik muayene bulgusunda; sağ mandibulanın 2 cm. önünde, orta sertlikte, yuvarlak, 3x1.5 cm. boyutlarında sıkıştırılınca ağrı uyandıran kitle tespit edildi. Hasta çenesini sıktığı zaman kitle daha belirgin hale geliyordu (Resim 1 ve 2). Pulsasyon, üfürüm ve adenopatiye rastlanılmadı. Kitle palpasyon ile parotis bezinden tam olarak ayrılamiyordu. Üzerini örten deri normal renk ve kıvamda idi.



Resim 1: Kitle normal pozisyonda belirgin izlenmiyor.



Resim 2: Kitle çığneme sırasında belirginleşiyor. (oklar)

\* Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
KBB Anabilim Dalı, AYDIN.

Hastada başka bir kulak burun boğaz ve sistemik patolojiye rastlanılmadı.

Parotis sialogramında ekstâglandüler kalsifikasyonlara ve bez kanallarında yer değiştirmeye rastlanılmadı. Ultrasonografide, 33x12 mm. boyutlarında, çevre ile aynı miktarda kanlanan kitle rapor edildi. Komputere tomografide kontrast tutulumu olan, masseter kas içi yerleşimli veya ona bitişik, vasküler yapı izlenimi veren kitle tespit edildi (Resim 3). İnce iğne biopsisinde kan aspire edildi, spindle şekilli hücreler ve endotelial hücreler izlendi ve vasküler orijinli olabileceği rapor edildi.

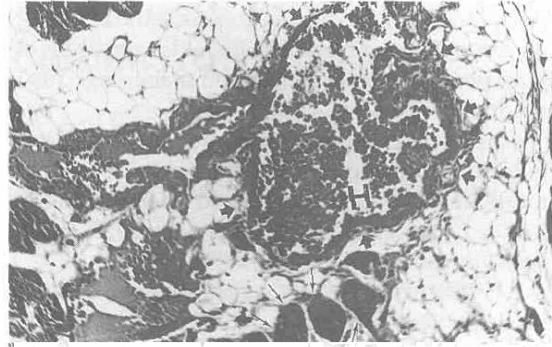


**Resim 3:** Komputere tomografide, parotis bezinin içinde 30x18 mm. boyutlarında kitle izlenmektedir.

Cerrahi olarak, preavriküler, post tragal insizyon ile girilip, parotis bezinin lateralinden cilt flepleri kaldırıldı. Parotis bezinin önünde, masseter kası içinde, koyu renkli kitle görüldü (Resim 4). Fasial sinir dalları ortaya konuldu, korundu, kitleyi besleyen damarlar tesbit edildi ve kitle çevre sağlam doku ile birlikte geniş olarak çıkarıldı. Histolojik incelemede kavernöz tipte hemanjiom olarak değerlendirildi (Resim 5). Post operatif dönem sorunsuz seyretti. 6 aylık takip döneminde herhangi bir rekürrense rastlanılmadı.



**Resim 4:** Kitlenin operasyon sırasındaki görünümü. (p: parotis, h: hemanjiom)



**Resim 5:** Kas dokusu içindeki (ince oklar: kas lifleri) hemanjiom, Geniş, ince duvarlı (kalın oklar) damar yapısı. (HE x 200)

## TARTIŞMA

Hemanjiomlar, bebeklik döneminin sık rastlanan tümörlerinden olup, en sık görülen doğumsal defektlerdendir. Hemanjiomlar vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanabilirse de, baş ve boyun bölgesinde en sık kutanöz, subglottik ve parotis hemanjiomları incelenmiştir (14).

Intramusküler hemanjiomlar için etyolojide iki ana teori ileri sürülmüştür. Konjenital ve travmatik. Hormonal etkilerin olduğu ileri sürülmüşse de bunu destekleyecek bulgular yoktur (10).

Hemanjiomların sınıflandırılmasında, histolojik subtipleme en çok kabul gören sınıflamadır. Kapiller hemanjiomlar, yaklaşık olarak intramusküler hemanjiomların %50'sini oluşturur ve % 68'i baş ve boyun bölgesinde yer alır. Kavernöz tip ve mikst tip hemanjiomlar daha uzun süreli olup, sıklıkla gövde ve büyük kas gruplarında yer alır. Preoperatif tanılan daha kolaydır (10).

Damak kökenli yumuşak doku tümörleri arasında, intramusküler hemanjiomlar %1'den az yer tutar. Bu tümörler ağrılı veya ağrısız olabilir ve zamanla büyüklükleri artar. % 90'ını 30 yaşından önce izlenir. Kadın ve erkek oranları eşittir. Tümör, eğer 3 cm. den büyükse ağrı daha belirgin semptomdur. Masseter kası içinde % 36, trapezius kası içinde % 24, periorbital kas içinde % 12, sternokleidomastoid kas içinde % 10 oranında rastlanır. Literatürde köken aldığı kas dışında, parotis bezi, pterygoid kaslar ve infratemporal bölgeyi tutan olgular bildirmiştir. Vakaların % 90'ını preoperatif olarak yanlış tanı almıştır. Düz filmler, angiografi ve komputere tomografi spesifik bulgular vermez. (4,9,11,12).

Sunduğumuz vakada, hastada, oral kontraseptif kullanımı, travma anemnezi olmamasına ve

preoperatif testler nondiagnostik olmasına rağmen, tümörün çığneme sırasında daha belirgin olması nedeniyle, vasküler orijinli olabileceği düşünüldü.

Eğer tümörde, üfürüm, pulsasyon gibi bulgular yoksa arteriografiye gerek yoktur. Büyük tümörlerde kitleyi besleyen arterler izlenebilir ancak küçük tümörlerde yavaş kan akımından dolayı besleyen damarlar seçilemez, (9,13,14).

Magnetik rezonans görüntüleme ile diğer inceleme yöntemlerinden daha fazla bilgi edinilebilir. T<sub>2</sub> ağırlıklı incelemede, göllenmiş kan içinde artmış serbest su yoğunluğu tesbit edilebilir.(7).

Intramusküler hemanjiomların tedavisi, tümörün yerine, invazyon derinliğine, ulaşılabilirliğine, hastanın yaşı ve kozmetik beklentiye göre planlanmalıdır. Karbondioksit lazer uygulaması, radyasyon tedavisi, steroid verilmesi, sklerotik ajanların enjeksiyonu, kryoterapi, damarların ligasyonu, embolizasyon ve cerrahi eksizyonu gibi çeşitli tedavi uygulamaları önerilmiştir (5,10,11,14).

Tek basına embolizasyon, tümörün, yeni besleyici damarlar geliştirme potansiyeli nedeni ile tam tedavi sağlayamaz. Ayrıca embolizasyonun, hemiparezi, hemipleji, kranial sinir paralizileri, körlük ve ölüm gibi komplikasyonlara yol açabileceği bildirilmiştir (3).

Çocukluk çağının en sık rastlana benign tümörlerinden olan parotid hemangiomlarının aksine, intramusküler hemangiomlarda spontan regresyon oldukça enderdir (2,5,8,9).

En uygun tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Aynı zamanda malignitenin ekarte edilmesi için gereklidir. Kas içi yerleşimi ve invaziv karakteri ile geniş olarak, sağlam doku ile birlikte çıkarılmalıdır.

Cerrahi yöntem olarak, intraoral eksizyon, superfisial parotidektomi ve preavriküler insizyon ile cilt flaplerinin kaldırılıp, fasial sinir dalları tanıdıktan sonra geniş olarak çıkartılması önerilmiştir (5,7,9,14).

Biz vakamızda, kozmetik açıdan uygunluk nedeni ile preavriküler posttragal insizyon kullanıp, cilt flaplerinin kaldırılmasını takiben, tümörün geniş olarak çıkartılması yöntemini kullandık.

Intraoral yaklaşım, fasial sinir dallarına sınırlı yaklaşım sağladığından, postoperatif fasial sinir zayıflığına neden olabilir. Eğer tümör derin yerleşimli ise superfisial parotidektomi uygulanmalıdır.

Benign lezyon olmasına rağmen, % 18 olguda rekürrens izlenmiştir. En önemli etken yetersiz cerrahi rezeksiyondur (14).

Tanıda ilk basamak, tümörün kas içi yerleşimli hemanjiom olabileceğini akılda tutmaktır. En önemli tanı yöntemi Magnetik rezonans görüntülemidir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. En uygun tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur.

**Yazışma Adresi:** Dr. Kubilay METİN  
Adnan Menderes Üni. Tıp Fakültesi  
KBB Anabilin Dalı, 09100-AYDIN

#### KAYNAKLAR

1. BATSAKIS JG: Vasoformative tumors. In: Batsakis JG, ed- Tumors of the head and neck-clinical and pathological considerations 2<sup>nd</sup> ed. Williams and Wilkins Co., Baltimore 294-299,1979
2. BATSAKIS JG: Vascular tumors of the salivary glands. Ann Otol Rhinol Laryngol. 95: 649-650,1986
3. BRONIATOVVSKI M: Intramuscular Hemangiomas of the Masseter and Sternomastoid Muscles. ENT Journal. 72: 303-305,1993
4. CHAN MJ, MCLEAN NR, SOAMES JV: Intramuscular hemangioma of the orbicularis oris muscle. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 30:192-194,1992
5. ELAHI MM, PARNES L, FOX A: Hemangioma of the masseter muscle. The Journal of Otolaryngology 21: 177-179, 1992
6. GEORGE CD, NG YY, HALL-CRAGGS MA, JONES BM: Parotid hemangioma in infants: MR imaging at 1.5 T. Pediatr. Radiology 21: 483-485, 1991
7. OKABE Y, ISHIKAWA S, FURUKAWA M: Intramuscular hemangioma of the Masseter Muscle: Its characteristic appearance on Magnetic Resonance Imaging. ORL 53: 366-369, 1991
8. ROBERTSONIS, WIEGAND D, SCHAITKIN BM: Life-treating hemangioma arising from the parotid gland. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 104: 858-862,1991
9. ROSSITER JL, HENDRIX RA, TOM L, POT-SIC W: Intramuscular hemangioma of the head and neck. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 108: 18-26,1993
10. SAYAN SB, KOGO M, KOUZIMI H, WATANABE K, SAKA M, MATSUYA T, FUKUDA Y: Intramuscular hemangioma of the digastric muscle. J. Osaka Univ. Dent. Sch, 32:14-20,1992.
11. SHARMA BS, PADMANABHA SC, JOSHI K, RAJVANSHI A: Hemangioma of the temporalis muscle. Ann Otol Rhinol Laryngol 100:76-78,1991
12. STOFMAN GM, REITER D, FELDMAN MD: Invasive intramuscular hemangioma of the head and neck. Ear Nose Throat J. 68: 612-616, 1989
13. WELSH D, HENGEREN AS: The diagnosis and treatment of intramuscular hemangiomas of the masseter muscle. Am J Otolaryngology 1:186-190,1980
14. WOLF GT, DANIEL F, KRAUSE Q, KAUFMAN RS: Intramuscular hemangioma of the head and neck. Laryngoscope 95: 210-213,1985.