

OLGU SUNUMU

MAKSİLLER BÖLGEDE YERLEŞİM GÖSTEREN MALİGN FİBRÖZ HİSTİYOSİTOMA

MALIGNANT FIBROUS HISTIOCYTOMA OF THE MAXILLARY REGION

**Dr. Mustafa Mete KIROĞLU (*), Dr. Levent SOYLU (*), Dr. Nebil ARK (*),
Dr. Çağatay AKÇALI (*), Dr. Zekiye GÜNEY (*), Dr. Canan ÜRSÖZ (**),
Dr. Can ÖZŞAHİNOĞLU (*), Dr. Erkut ERKUNT (***),
Dr. Ediz COŞAR (**), Dr. İlhan TUNCER (**)**

ÖZET: Yumuşak doku sarkomları arasında sayılan malign fibröz histiyositoma, histiyosilik kökenli bir tümördür. Bu güne kadar maksiller bölgede yayımlanmış 21 olgu mevcuttur. Bu çalışmada malign fibröz histiyositoma teşhisi ile kliniğimizde takip ve tedavi edilen 3 olgu araştırılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Malign Fibröz Histiyositoma, Maksilla

SUMMARY: Malignant fibrous histiocytomas are soft tissue sarcomas with histiocytic origin. There were only 21 cases presented with maxillary involvement in English literature. Three cases with maxillary involvement of malignant fibrous histiocytoma which were treated in our clinic are presented, in this report.

Key Words: Malignant Fibrous Histiocytoma, Maxilla

GİRİŞ

Malign fibröz histiyositoma (MFH) yumuşak doku sarkomları arasında en sık görülenidir. Her yaşta görülebilmekle beraber 50-70 yaşları arasında daha sık rastlanır. Üçte iki oranında erkeklerde görülür. Büyük çoğunluğu ekstremitelerde görülen tümör sıklık sırasıyla alt ekstremitte, üst ekstremitte ve retorperitoneal bölgeyi tutar. Bu güne kadar yayınlanan olguların sadece 21'inde maksiller bölge tutulumu tespit edilmiştir, (1, 4, 6)

Hastalık sırasında yüzde şişme ve ağrı, diş ağrısı, infraorbital sinir parestezisi, burunda akıntı, radyografide kemik erezyonu, maksiller sinüste kitlenin varlığı ve düzensiz periapikal değişikliklerin olduğu bildirilmiştir. (1)

Baş-boyun bölgesini tutan olgularda prognoz daha kötüdür.7 Tedaviye karşın yaygın lokal rekürrens ve metastaz sık görülür. Mandibula, akciğer, vertebral ve kafa içine metastazlar bildirilmiştir. (1)

Bu çalışmada oldukça nadir olan maksiller bölge tutulumu tesbit edilen 3 olgu takdim edilmiş ve hastalığın klinik seyri tartışılmıştır.

OLGULAR

Olgu 1: K.S. 53 yaşında, erkek hasta 5 ay önce diş çekimi sonrası gelişen oroantral fistül nedeniyle başvurdu. Muayenesinde sol üst 2. molar dişe uyan bölgede 2 x 2 cm boyutlarında üzeri nekrotik doku ile kaph oroantral fistül ve sol maksiller sinüs hassasiyeti mevcuttu (Resim 1). Walters grafisinde sol maksiller sinüs kapalı görünümdeydi. Fistül orifisinden alınan biopsi "nekrotik doku parçalan, iltihabi eksuda" olarak rapor edildi. Malignensiye ekarte etmek amacıyla tekrar alınan biyopsi sonucu "aktif kronik süperatif iltihap olarak rapor edilmesi üzerine antibiyotik tedavisine başlandı. Bilgisayarlı tomografik incelemede sol maksiller sinüsün tüm duvarlarında kemik destrüksiyonu olduğu gözlemlendi (Resim 2). Maksiller sinüs küretajı yapıldı. Küretaj materyalinin patolojik incelemesinin sonucu "**malign fibrohistiyositik tümör**" olarak rapor edildi. Histopatolojik değerlendirme aşamasında bu vakada ve aşağıda sunulan diğer iki vakada ayırıcı tanıyı gerçekleştirmek amacıyla immünohistokimyasal yöntemlerle alfa antitripsin, alfa antikimotripsin, S-100, desmin ve lizozim çalışmaları yapılmıştır. Hastalarda kullanılan sitokimyasal yöntemler ise H&E, trichrome, Van Gi-

(*) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

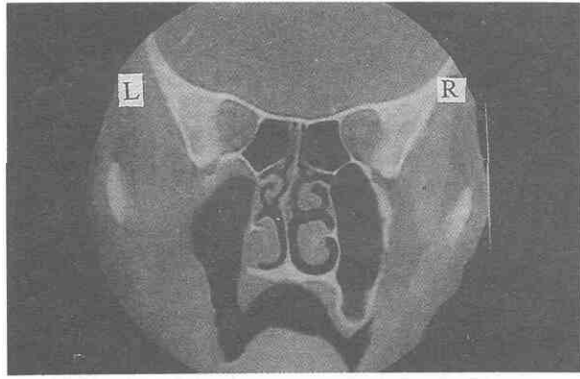
(**) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

(***) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı - ADANA

eson idi. Hastaya total maksillektomi yapıldı ve 5000 cGy radyoterapi uygulandı. Postoperatif dördüncü ayda lokal nüks gelişen hastaya sol orbita exanterasyonu ve kavite küretajı yapıldı. Postoperatif 20. ayda intrakranial metastaz nedeniyle hasta kaybedildi.



Resim 1: Hastaya ait oroantral fistülün görünümü

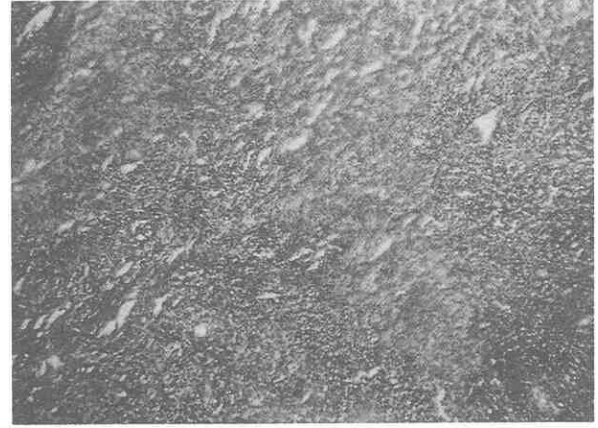


Resim 2: Hastaya ait burun ve paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografik incelemesi

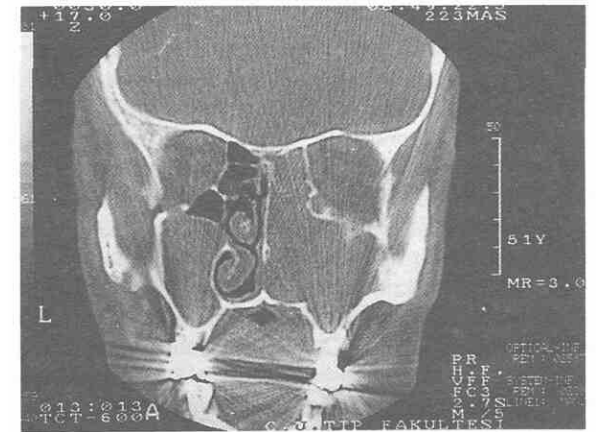
Olgu 2: M.C. 41 yaşında, erkek hasta sağ bukkal bölgede 2 x 2 cm. boyutlarında kitle ile başvurdu. 5 ay önce burun sırtında bir yara çıktığı ve bir doktor tarafından eksize edildiği öğrenildi. Bilgisayarlı tomografik incelemede kitlenin bukkal bölgede, masseter adalenin önünde yerleştiği, 2.5 cm çapında düzgün sınırlı olduğu ve kemik yapıda destrüksiyon yapmadığı görüldü. Burun sırtından daha önce eksize edilen dokudan hazırlanan preparatların ve kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin (FNA) incelenmesi sonucu "**malign fibröz histiyositom**" olarak rapor edilmesi üzerine kitle total eksize edildi. Postoperatif birinci ayda sağ angulus mandibula altında oluşan lenfadenomegaliden yapılan FNA sonucu "**malign fibröz histiyositom**" olarak rapor edilmesi üzerine sağ radikal boyun disseksiyonu yapıldı. Disseksiyon ma-

teryalinin patolojik incelmesinde 2 adet metastatik lenf nodu tesbit edildi. 5500 cGy radyoterapi gören hasta postoperatif 28. ayda stabil seyretmektedir.

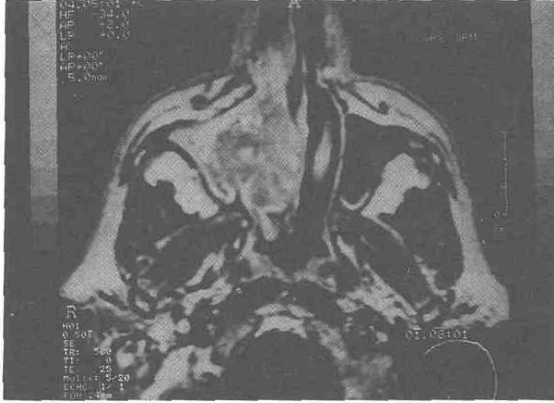
Olgu 3: O.Y. 52 yaşında, erkek hasta kiliniğine 2 yıldır süren burun tıkanıklığı şikayetiyle başvurdu. Muayeneden sağ nazal kaviteyi tamamen dolduran kitle mevcuttu. Biyopsi sonucu "**malign fibröz histiyositom**" olarak rapor edildi (Resim 3). Hastanın bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemesinde sağ nazal kavite ve maksiller sinüsü dolduran kitle ve sağda maksiller sinüs medial ve alt duvarında erozyon olduğu görüldü (Resim 4 ve 5). Hastaya total maksillektomi ve sağ orbita eksanterasyonu yapıldı. Postoperatif beşinci ayda lokal nüks görülmesi üzerine 5500 cGy radyoterapi verilen hasta postoperatif 30. ayda lezyonsuz olarak takip edilmektedir.



Resim 3: Malign fibröz histiyositomanın mikroskopik histopatolojik görünümü, iğsi hücrelerin oluşturduğu stoiform yapı izlenmektedir (H. E., X 100).



Resim 4: Hastaya ait burun ve paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografik incelemesi



Resim 5: Hastaya ait burun ve paranasal sinüslerin magnetik rezonans incelemesi

TARTIŞMA

Histopatolojik olarak MFH'ların storiform, miksoid, inflamatuvar ve pleomorfik tipleri vardır. Maksiller bölge tutulumunda sıklıkla storiform tip görülür (1) Literatürde yer alan 21 vakanın tip belirtilen 17'sinin 15'i storiform, 1'i miksoid, 1'i pleomorfik tip olarak bildirilmiştir (1, 4, 6). Vakalarımızın üçü de storiform tiptedir. Kearney (2) ve arkadaşlarının bir çalışmasında 4 histolojik tip arasında prognoz farkı bulunmamış olmasına rağmen Weis ve Enzinger'in.(7) bir çalışmasında miksoid formun prognozunun daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Hastalarımızın yaş ortalaması 48.6 ve hepsi erkekti. Bu durum hastalığın 50-70 yaşlar arasında ve genelde erkeklerde görüldüğünü belirten literatürle uyumlu (1,4, 6).

Maksiller sinüs enfeksiyonları ve neoplastik hastalıkları klinik olarak MFH ile karışabilir.

Tedavide ilk yapılması gereken operabl vakalarda geniş cerrahi rezeksiyondur. Vakalarda %44-73 oranında lokal rekürrens görülmektedir (5, 7). Radyoterapi ve kemoterapi ile hastalıkta gerileme olduğu bildirilmekle beraber bu tedavi yöntemlerinin cerrahi ile kombine edilmesi veya ameliyat şansı olmayan vakalarda tercih edilmesi önerilmektedir. Kemoterapide siklofosfamid, vinkristin, adriamisin veya bu üçüyle birlikte aktinomisin -D kombinasyonları uygulanmaktadır(3). Bugüne kadar literatürde yer alan maksiller yerleşimli 21 MFH vakasının sadece 4'ünde tek başına cerrahi tedavi uygulanmış diğer cerrahi uygulamalarda mutlaka ek olarak radyoterapi verilmiş, inoperabl kabul edilen 5 vakanın 4'üne sadece radyoterapi, 1'ine ise radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştır. 5 vakada ise cerrahi, postoperatif radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştır. Bizim vakalarımızda

cerrahi tedaviyi takiben radyoterapi verildi, 1 vakada boyun diseksiyonu da yapıldı.

Hastalığın prognozu iyi değildir. Vücudun değişik yerlerini tutan 200 vakalık bir seride vakaların %40'ının 2 yıl; % 60'nın sa 2 yıldan fazla ortalama 3.5 yıl yaşadığı tespit edilmiştir (7). Maksiler bölge tutulumu olan 16 hastalık bir seride 5 hasta ilk bir yıl içinde kaybedilmiştir. 2 ve 3. vakalar iki senelik takip sonunda stabil seyretmektedir. 1. vaka ise postoperatif. 20. ayda intrakranial metastaz sonrası kaybedilmiştir.

Vakalarımızdan birisinin 20. ayda kaybedilmesi, diğer ikisinde postoperatif çok kısa süre için lokal rekürrens veya lenfatik metastaz görülmesi de hastalığın hızlı seyrini ortaya koymaktadır. Bu hızlı seyir, erken tanı açısından KBB hekimlerinin hastalığı gözönünde bulundurmaları gerektirmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Mete KIROĞLU
Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı
01330 Balcalı-ADANA

KAYNAKLAR

1. BLOCK M.S., CADE J.E., RODRIQUE2 F.H.: Malignant Fibrous Histiocytoma in the maxilla J. Oral Maxillofac. Surg, 44; 404-412, 1986.
2. KEARNEY M.M., JOULE E.H. IYINS J.C.: Malignant Fibrous Histiocytoma retrospective study of 167 cases., Caneer45: 167-178, 1980.
3. LEITE C., GOODWIN W., SINKOVICS J.G. BAKER L.H., BENJAMEN R.: Chemotherapy of Malignant Fibrous Histiocytoma, Cancer 40: 2010-2014, 1977.
4. MUGLISTON T.A.H., SHAW H.J.: Malignant Fibrous Histiocytoma of the Maxillary Sinus. J. laryngology and Otolology: 153-157, Feb. 1984.
5. SOULE E.H., ERIQUES R: Atypical Fibrous Histiocytoma and Epithelioid Sarcoma: A comparative study of 65. Cancer 30: 128-143, 1972.
6. ÜNLÜ H., NALÇA Y., PEKER Ö., AKSOY F., ÖZGİRGİN N., ARVENT M.: Maksillada Yerleşim Gösteren Fibröz Histiyoitoma Ankara Numune Hastanesi Tıp Dergisi, 30: 2 : 22-26, 1990.
7. WEISS S.W., ENZINGER F.M.: Malignant Fibrous Histiocytoma-an analysis of 200 cases., Cancer 41: 2250-2266, 1978.