



Mentalis Kasında İntramusküler Hemanjiom: Olgu Sunumu

Salih BAKIR

Intramuscular Hemangioma Of Mentalis Muscle: Case Report

Şirnak Devlet Hastanesi KBB
Kliniği- ŞIRNAK

ÖZET

İskelet kaslarında gelişen hemanjiomlar oldukça nadir görülen iyi huylu tümörlerdir. Baş boyun bölgesinde sıklıkla masseter ve trapezius kaslarında rastlanan intramusküler hemanjiomların (İMH) mentalis kasında görülmesi çok daha seyrek. Nonspesifik klinik bulgulara sahip olması ve baş boyun bölgesinde ender görülmesi nedeniyle bu tümörlerde preoperatif tanı koymak oldukça zordur. Tedavi olarak bir miktar sağlam kas dokusunu da içerecek şekilde hemanjiomun total cerrahi rezeksiyonu önerilmektedir. Bu yayında, mentalis kasından köken alan ve transoral yaklaşımla tamamı çıkartılan, histopatolojik tanısı kapiller tip İMH olarak rapor edilen bir olgu sunuldu ve klinik, histolojik bulgular ile tedavi protokolü tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Kapiller intramusküler hemanjioma, mental kas, tanı, tedavi

ABSTRACT

Hemangiomas of skeletal muscle are extremely rare benign neoplasms. In the head and neck region, intramuscular hemangiomas occur most frequently in the masseter and trapezius muscles. However, intramuscular hemangiomas (IMH) arising from the mentalis muscle are relatively rare. Preoperative diagnosis of head and neck IMH is rendered difficult by its rarity and nonspecific clinical findings. Total excision of the hemangioma with a margin of normal muscle is recommended. In this report, a case of mentalis muscle hemangioma, which was surgically excised by transoral approach and histopathologically confirmed the diagnosis of capillary-type IMH, was presented and the clinical, histologic findings and treatment modalities are discussed.

Keywords: Capillary intramuscular hemangioma, mentalis muscle, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Hemanjiomlar genellikle deri ve müköz membranlarda görülen, sık karşılaşılan iyi huylu tümörlerdir. Küçük damarsal yapılardan oluşan kapiller hemanjiomlar, büyük damarsal yapılardan oluşan kavernöz hemanjiomlar ve kapiller ile kavernöz hemanjiomların bir arada bulunduğu mikst hemanjiomlar olmak üzere üç tipte incelenir. Tüm hemanjiomların yaklaşık % 1'inden azı iskelet kaslarında görülür ve genellikle baldır kasları, ön kol fleksör kasları ve quadriseps kası gibi ekstremitelerin büyük iskelet kaslarında ve gövde kaslarında rastlanır (1,2,3,4). İntramusküler hemanjiomlar (İMH), baş-boyun bölgesinde ise özellikle masseter ve trapezius kaslarında görülür (1,2,3,4). Bu iki kas dışındaki baş-boyun bölgesinin diğer kaslarında ise oldukça nadir rastlanır (5,6). Bu nedenle baş-boyun bölgesindeki kitlelerde İMH'nin ayırıcı tanıda ilk planda akla gelmesi zordur.

Bu makalede çok ender görülen bir lokalizasyonda, mentalis kasında, preoperatif rutin tetkikler, görüntüleme ve ince iğne aspirasyon biyopsisi ile kesin tanısı koyulamayan, ancak eksizyonel biyopsi sonrasında histopatolojik inceleme ile tanısı koyulan İMH'li bir olgu; tanı, tedavi yaklaşımı ve patolojik özellikler gözden geçirilerek tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Altı ay önce mentumun sağ yarısında başlayan ve giderek büyüyen ağrısız bir kitle şikayeti nedeniyle 21 yaşındaki bayan hasta kliniğimize başvurdu.

Submitted/Başvuru tarihi:

09. 04. 2009

Accepted/Kabul tarihi:

16. 06. 2009

Registration/Kayıt no:

09 04 27

Corresponding Address

/Yazışma Adresi:

Dr. Salih Bakır

Şirnak Devlet Hastanesi KBB
Kliniği- ŞIRNAK

Tel: +90- 5053765571

e-posta:

drslhbkr@hotmail.com

© 2010 Düzce Medical Journal

e-ISSN 1307- 671X

www.tipdergi.duzce.edu.tr

duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

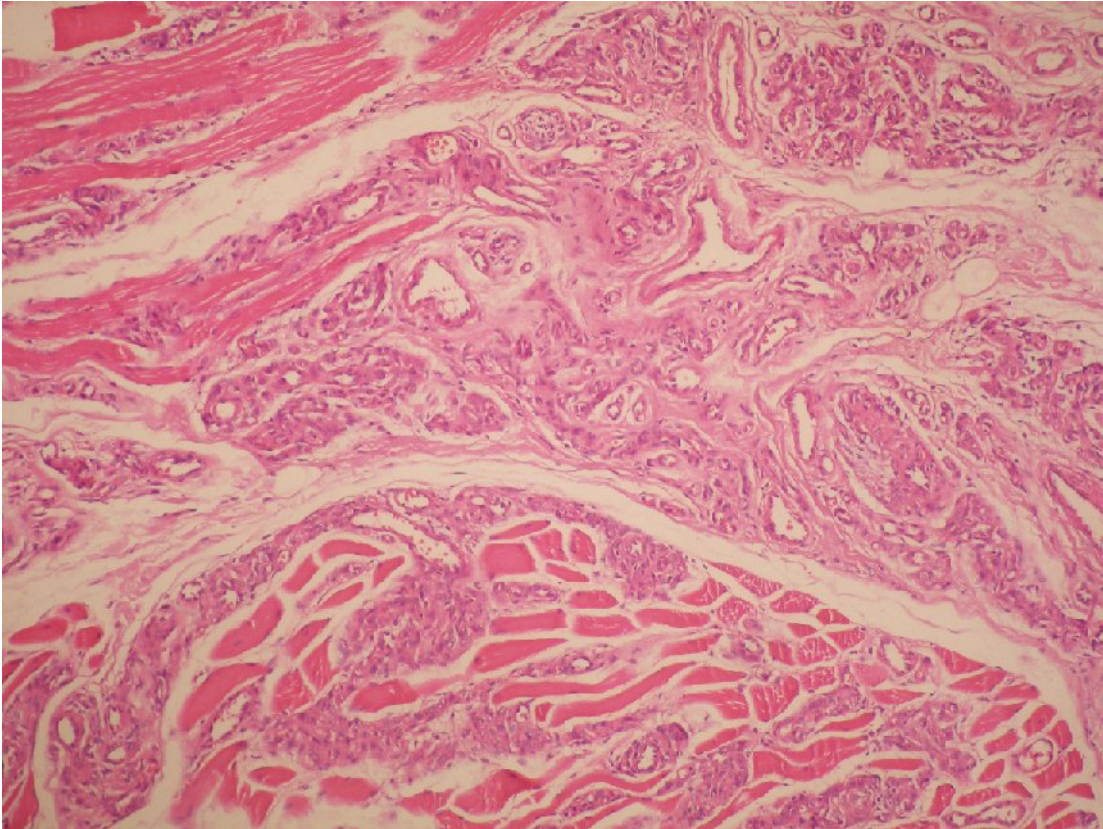
Travma, geçirilmiş ameliyat ve sürekli kullanılan bir ilaç öyküsü yoktu. Hastanın muayenesinde mentumun sağ yarısında sınırları net palpe edilemeyen, yuvarlak, yumuşak kıvamlı, yaklaşık 30x30 mm boyutlarında kitle tespit edildi. Kitlenin üzerini örten deri normal rengindeydi. Boyunda lenfadenopati izlenmedi ve diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi, vasküler yumuşak doku kitlesi ile uyumluydu. İnce iğne aspirasyon biyopsi sonucu nondiagnostikti. Lokal anestezi altında intraoral yolla sağ gingivobukkal sulkus insizyonunu takiben kitle eksizyonu uygulandı. Operasyonda sağ mental kastan kaynaklanan, çevre dokulardan sınırları net ayıramayan, çevre dokulara oranla daha koyu renkli kitle izlendi ve kitle ile birlikte bir miktar sağlam kas dokusunu da içerecek şekilde cerrahi sınır oluşturularak rezeksiyon işlemi tamamlandı. Histopatolojik incelemede, çizgili kas demetleri arasında gelişim gösteren düzensiz sınırlı tümör görüldü. Tümörü matür adipöz dokunun eşlik ettiği proliferatif damar yapıları oluşturmaktaydı. Bu damarlar küçük ve orta çapta olup lümenleri belirgindi. Endotelde şişme, hiperkromazi, pleomorfizm, mitoz ya da nekroz gibi malignite kriterleri gözlenmedi (Şekil 1). Bu bulgular eşliğinde olguya intramusküler anjioma tanısı konuldu. Postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma ve birinci yılın sonunda nüks ile uyumlu bulgu izlenmedi.

TARTIŞMA

Hemanjiomların gelişiminde konjenital, travmatik ve hormonal faktörler suçlanmakla birlikte kesin sebebi bilinmemektedir¹. Kasta yerleşen hemanjiomlara genellikle 2.-3. dekatlarda rastlanır. Baş-boyun yerleşimli tümörlerde her iki cins arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte erkeklerde biraz daha sık görülür¹.

İntramusküler hemanjiomların (İMH), baş-boyun bölgesinde görülme oranları %14 ile %21 arasında değişmektedir. En sık görülen yer masseter kası (%36) ve trapezius kası (%24) olup, periorbital kaslar (%12), sternokleidomastoid kas (%10) ve temporal kas (%8) diğer daha az görülen baş-boyun bölgeleridir (1,2,3,4,5,6). Parotis bezine, pterigoid kaslara ve infratemporal alana yayılım görülebilir (1,2,3).

Hemanjiomların sınıflandırılmasında histolojik alt tiplendirme yaygın olarak kullanılmaktadır. Küçük damarsal yapılardan oluşan kapiller hemanjiomlar, tüm İMH'lerin yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır ve bu tip hemanjiomların da yaklaşık %68'ine baş boyun bölgesinde rastlanmaktadır^{1,2}. Bu tür tümörlerde klinik tablo daha hızlı ilerler ve kitle anamnezi genellikle bir yıldan azdır. Büyük damarsal yapılardan oluşan kavernoöz hemanjiomlar ve mikst hemanjiomlar da daha uzun süreli bir anamnez vardır.



Şekil 1: Intramusküler hemanjiomun histopatolojik görünümü (H&E x 200)

Bu tümörlere genellikle gövdenin alt kısımlarında ve ekstremitelerde rastlanır. Kavernoöz hemanjiomların %19'unda, mikst hemanjiomların ise sadece %5'inde baş boyun tutulumuna rastlanır (1). Bu tümörler, genellikle ağrısız olmakla beraber, kapiller hemanjiomlara göre daha büyük boyutlara ulaşabilirler (3). Kavernoöz tip İMH, kolaylıkla benign vasküler tümör tanısı alabilmelerine karşın kapiller tip İMH, malign tümörlerle karışabilirler. Bu tümörlerde çok sayıda küçük kapiller damarların kas lifleri arasında pseudoinfiltratif büyüme gösterdiği izlenir. Ayrıca az da olsa gözlenen endotelial papiller proliferasyon, şişkin endotel nukleusları, yüksek mitotik aktivite ve perinöral infiltrasyon gibi bulgular maligniteyi taklit edebilir. Ancak çok sıralı endotel tabakası, bizar hiperkromatik nukleus, multinukleer hücreler ya da nekroz alanları görülmemesi maligniteyi ekarte ettirmelidir. Bu şüpheli bulgular dışında kapiller İMH'lere sıklıkla matür adipöz doku, daha az oranda fibröz doku, intavasküler trombus ya da kemik formasyonu eşlik edebilir. Kavernoöz tip İMH ise ince duvarlı, geniş lümenli damar yapıları ile kolaylıkla tanınırlar. Endotel nukleusları küçük ve uniformdur, mitotik aktivite düşüktür. Kapiller tip ile benzer olarak adipöz ve fibröz doku eşlik edebilir. Endotelial papiller proliferasyon ve kemik formasyonu kapiller tipten daha az sıklıkta gözlenir. İntravasküler trombus oluşumu kapiller tipten çok daha sıktır. Mikst tip İMH'ler ise histopatolojik olarak bu iki spektrum arasında yer alırlar (1,2,3). Sunulan bu olgu kapiller tip İMH ile uyumluydu.

İMH'lerin nadir görülmesi, bu tümörlerin ayırıcı tanıda gözden kaçmasına neden olabilir. Genellikle bu lezyonlar kasın diğer benign veya malign lezyonları ile karıştırılır (4). Tanıda direkt grafî, ultrasonografi, tomografi veya anjiyografi bulguları tümör için spesifik olmayabilir (5,7). Manyetik rezonans görüntüleme; bu iyi huylu vasküler kitlenin morfolojisini daha iyi yansıtır (2). İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda yeri yoktur ve bu olguda da olduğu gibi nondiagnostiktir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur4.

Spontan regresyon, İMH'de oldukça enderdir (7). Asemptomatik seyreden hemanjiomlar tedavisiz takip edilebilirken, hızlı büyümesi, kontrol edilemeyen ağrı, kozmetik deformite veya fonksiyonel bozukluğa yol açması, üzerini örten deride nekroz gelişmesi ve malignensi şüphesi durumlarında tedavi endikasyonu doğar (1). İMH'lerin tedavisinin planlanmasında kitlenin lokalizasyonu, ulaşılabilirliği, derin dokulara invazyonu, hastanın yaşı ve estetik kaygıları gibi faktörler etkilidir. Kriyoterapi, radyoterapi, sklerozan ajan veya steroid injeksiyonu, tümörü besleyen kan damarlarının ligasyonu veya embolizasyonu ve

cerrahi rezeksiyon gibi pek çok tedavi şekli ortaya atılmıştır (1-8). İMH'lerin çevre yapılara invazyon özelliğinin bulunması nedeniyle bizim de vakamızda uyguladığımız gibi, tümörle birlikte bir miktar sağlam kas dokusunu da içerecek şekilde yapılacak total cerrahi rezeksiyonun uygun olduğunu düşünüyoruz. Cerrahi sırasında karşılaşılabilecek kanama komplikasyonu açısından dikkatli olunmalıdır (8).

İMH'ler, benign lezyonlar olmalarına rağmen yeterli cerrahi sınır bırakılmadan yapılan cerrahi rezeksiyonlar sonrasında tekrar gelişebilir. Sırasıyla lokal rekürrens oranları kapiller, kavernoöz ve mikst İMH'lerde %20, %9, %28'dir (1,2,5). Bu olguda bir yılın sonunda yapılan kontrolde rekürrens gözlenmedi.

Sonuç olarak, baş boyun bölgesinde nadir rastlanmasına rağmen İMH'ler, bu bölgede gelişen kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Histopatolojik inceleme ile ancak kesin tanısı konabilmektedir. Yeterince cerrahi sınır bırakarak yapılacak cerrahi rezeksiyon, tümörün rekürrensini önlemede yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Mousoulidis I, Durvasula VS, Jani P. An unusual neck lump: intramuscular haemangioma of the sternocleidomastoid muscle. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264:1257-1260.
2. Lee JK, Lim SC. Intramuscular hemangiomas of the myelohyoid and sternocleidomastoid muscle. *Auris Nasus Larynx* 2005;32:323-327.
3. Çalışaneller T, Ozdemir O, Yildirim E, Kiyici H, Altınörs N. Cavernous Hemangioma of temporalis muscle: Report of A Case and review of the literature. *Turk Neurosurg* 2007;17:33-36.
4. Odabasi AO, Metin KK, Mutlu C, Başak S, Erpek G. Intramuscular hemangioma of the masseter muscle. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1999;256:366-369.
5. Giudice M, Piazza C, Bolzoni A, Peretti G. Head and neck intramuscular haemangioma: Report of two cases with unusual localization. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:498-501.
6. Jani P, Robb P, Hanby AM, Gleeson MJ. Intramuscular hemangioma of the sternomastoid muscle. *Head Neck* 1990;12:164-167.
7. Rossiter JL, Hendrix RA, Tom L, Potsic W. Intramuscular hemangioma of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;108:18-26.
8. Makeieff M, Maurice N, Mondain M, Crampette L, Guerrier B. Intramuscular hemangioma of posterior neck muscles. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258:28-30.