

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Intramasseter hemanjiom

R. Doğan, A. Y. Korkut, S. B. Eren

Intramuscular hemangiom

Hemangiom are vascular formations in the body and develop from any site. Hemangiomas originate from skeletal muscle accounts for less than 1% of all hemangiomas. Skeletal muscle hemangiomas are seen rarely so that difficult to diagnose. Therefore, difficulties experienced in the treatment. As a result, to encounter risks such as inadequate resection and facial nerve injury. Case is a 47 years old female patient. In our case, although we do routine examination before the operation, as real as postoperative histopathologic examination undiagnosed case of an intramuscular hemangioma discussed with literature.

Key Words: Hemangiom, intramuscular, diagnose.

Turk Arch Otolaryngol, 2012; 50(3):46-49

Özet

Hemanjiomlar damarsal oluşumlar olup vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanabilmektedirler. İskelet kasından köken alan hemanjiomlar tüm hemanjiomların %1'den azını oluşturur. Ender görüldüklerinden tanı konulmasında zordur. Bundan dolayı tedavide zorluklar yaşanmaktadır. Bunun sonucunda yetersiz rezeksiyon ve fasial sinir zedelenmesi gibi riskler ile karşılaşmaktadır. Olgumuz 47 yaşında bayan bir hastadır. Olgumuzda operasyon öncesi rutin incelemeleri yapmamıza rağmen, postoperatif histopatolojik incelemeye kadar gerçek tanısı konulamayan bir intramusküler hemanjiom vakası literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hemanjiom, intramasseter, tanı.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2012; 50(3):46-49

Giriş

Hemanjiomlar ilk dekadın en sık rastlanan tümörlerindedir. Hemangiomlar en sık kutanöz ve mukozal yüzeylerde izlenirler. İskelet kasından köken alan hemanjiomlar tüm hemanjiomların %1'inden daha azını oluşturur. Kas içi yerleşimli hemanjiomlar başlıca gövdenin büyük kaslarından ve ekstremitelerden köken alırlar. Kas içi yerleşimli hemanjiomlar baş ve boyun bölgesinde oldukça ender görünürler.

Tüm intramusküler hemanjiomların %15'i baş ve boyun bölgesinde olup, masseter kası en sık tutulan yerdir.¹ Bu tümörlerde tedavi öncesi doğru tanı nadirane konulabilir. Çünkü; bu tümörler ender görülür, derin yerleşimlidirler, bulgularının nonspesifikidir. Bundan dolayı tedavi doğru planlanamaz ve bunun sonucundada yetersiz rezeksiyon ve fasial sinirin zedelenmesi gibi risklerle karşılaşılır.²

Dr. Remzi Doğan, Dr. Sabri Baki Eren

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İstanbul

Dr. Arzu Yasemin Korkut

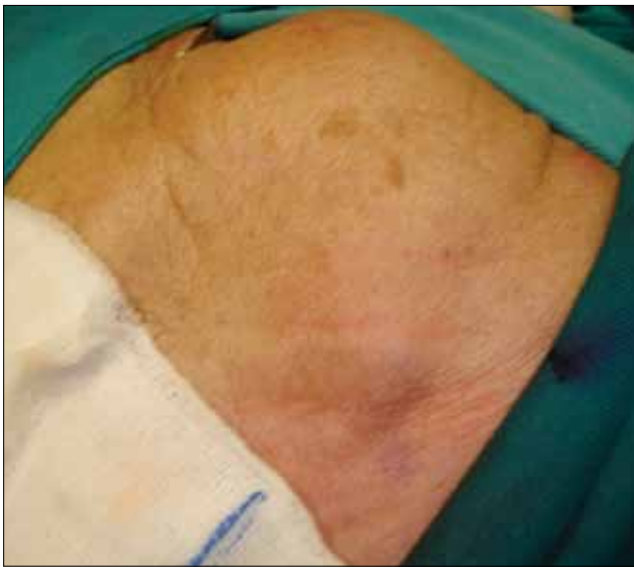
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

Tanıdaki bu zorluklardan dolayı klinik olarak doğru tanıya ulaşmada ultrasound, komputere tomografi, arteriografi, magnetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri kullanılır.³

Olgumuzda operasyon öncesi rutin incelemeleri yapmamıza rağmen, postoperatif histopatolojik incelemeye kadar gerçek tanısı konulamayan bir intramusküler hemanjiom vakası sunulmuştur.

Olgu Sunumu

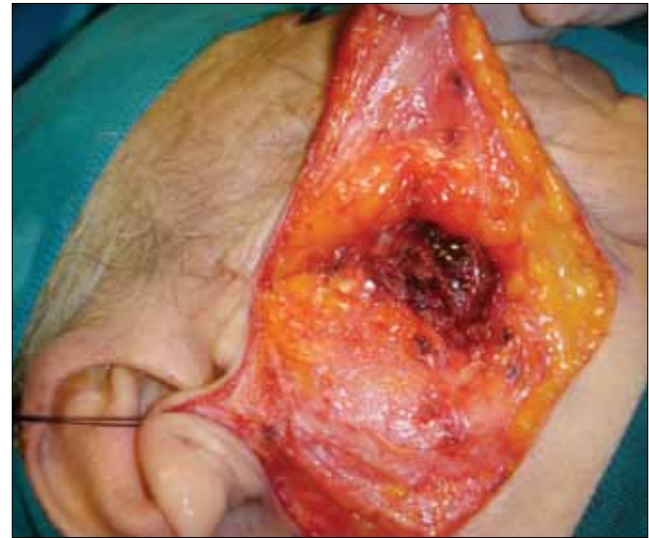
Kırk yedi yaşında kadın hasta kliniğimize çenesinde 5 aydır olan şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın yüzünün sağ tarafında tragusun 3 cm önünde zigomanın 2 cm altında 2.5x2 cm boyutlarında solid tarzda, palpasyonda minimal hassasiyeti olan kitle mevcut (Resim 1). Kitlede pulsasyona, üfürüme ve adenopatiye rastlanılmadı. Kitle palpasyon ile parotis bezinden tam olarak ayrılamıyordu. Hasta kitlenin sabah kalkınca daha belirgin hale geldiğini belirtiyor. Hastanın çiğneme sırasında kitlesi daha belirgin hale geliyor. Üzerini örten deri normal renk ve kıvamda idi. Fasiyal sinirde paralizi yok. Parotisin duktal orifisi doğaldı. Hastanın çenesindeki şişlik zamanla büyümeye başlamış. Hastanın daha önce oral kontraseptif kullanımı, boyna veya yüze travma anamnezi, geçirilmiş yüz cerrahisi anamnezi bulunmamaktadır. Hastanın diğer kulak burun boğaz muayenesi doğaldı. Hastanın sistemik herhangi bir hastalığı yoktur.



Resim 1. Preop kitlenin görüntüsü.

Hastaya yapılan USG'de 22x19 mm, boyutlarında çevre ile aynı miktarda kanlanan kitle saptandı. İİAB'de kan aspire edildi, endotelial şekilli hücreler ve spindle şekilli hücreler görüldü ve vasküler orijinli olabileceği rapor edildi.

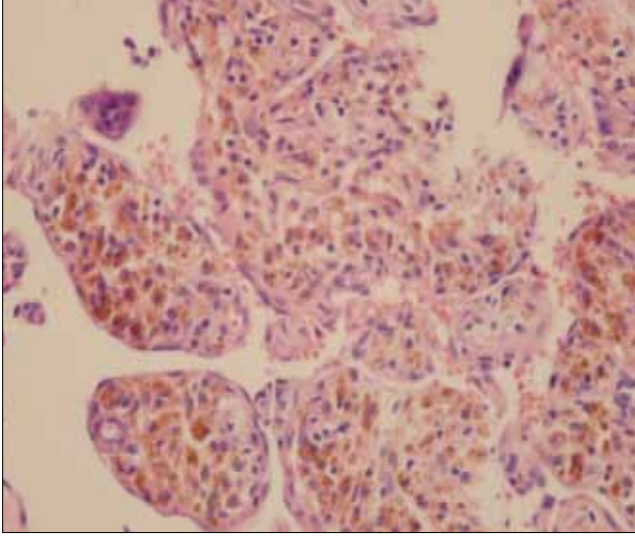
Hastaya cerrahi sırasında preauriküler, post tragal insizyonla girildi. Parotis bezinin lateralinden cilt flepleri kaldırıldı. Parotis bezinin önünde, masseter kası içinde, koyu renkli kitle görüldü (Resim 2). Fasiyal sinir dalları ortaya konuldu, korundu, kitleyi besleyen damarlar tesbit edildi ve kitle çevre sağlam doku ile birlikte geniş olarak çıkarıldı (Resim 3). Histolojik incelemede hemanjiom olarak değerlendirildi (Resim 4). Hastanın altı aylık takiplerinde herhangi bir rekürrense rastlanmadı.



Resim 2. Periop kitlenin görüntüsü.



Resim 3. Postop kitlenin görüntüsü.



Resim 4. Kitlenin histopatolojik görüntüsü.

Tartışma

Hemanjiomlar vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanabilirse de, baş ve boyun bölgesinde en sık kutanöz, subglottik ve parotis hemanjiomları incelenmiştir.²

İskelet kası hemanjiomu tüm benign vasküler tümörlerin %0.8'ini temsil eder.⁴ %13.8'i baş ve boyun bölgesinde meydana gelir.² Baş ve boyunda en sık görülen yer masseter kası onu takiben trapezius ve sternokleidomastoid kasıdır.^{2,5} Masseter kası içinde %36, trapezius kası içinde %24, periorbital kas içinde %12, sternokleidomastoid kas içinde %10 oranında hemanjioma rastlanır. Literatürde köken aldığı kas dışında, parotis bezi, pterygoid kaslar ve infratemporal bölgeyi tutan olgular bildirmiştir. Olgumuzda masseter içi yerleşimli hemanjiom görülmüştür.

Intramusküler hemanjiom genellikle hayatın ilk üç dekadında görülür.⁶ Hemangiomlar cinsiyet dağılımı olarak eşit şekilde görülmelerine rağmen masseter için erkek baskınlığının olduğu söylenebilir.⁷ Olgumuzda hasta kadın hasta olup kitle dördüncü dekatta ortaya çıkmıştır.

Etyolojiyi açıklamak için çeşitli öneriler mevcuttur. Konjenital olarak geliştiği teorisini ilk üç dekatta daha fazla görülmesi desteklemektedir.^{5,8,9} Diğer öne sürülen nedenlerden biride travmalardan sonra bozuk dokudan kaynaklanabileceğidir.⁵ Olgumuzda travma anamnezi mevcut değildir. Başka bir görüşe göre intramusküler hemanjiomun büyümesinde hormonları rolü bulun-

maktadır. OKS kullanan hastalarda hemanjiom boyutlarında ani artış kaydedildi.^{2,7,10-12} Bizim olgumuzda hastanın OKS kullanım öyküsü yoktur. Hastanın österojen ve progesteron reseptörü negatiftir.

Alen ve Ezinge hemanjiomları üçe ayırmıştır. Büyük damarlı (140 mm<çaplı), küçük damarlı (140 mm<çaplı), miks damarlı tip.¹³ Bunların karşılığı kavernöz, kapiller ve miks tiplerdir. Bu klasifikasyon kullanışlıdır. Ayrıca bu klasifikasyon hastaların kliniği ve rekürrens oranları ile koreledir. Baş boyun bölgesinde kapiller tip hemanjiom daha sık görülür. Kavernöz ve miks tip daha çok gövde ve alt ekstremitede görülür. En fazla rekürrens gösteren miks tiptir (%28). Olgumuz kapiller tip hemanjiom olup literatürle uyumludur.

Bu tümörler kademeli olarak bir yıldan az bir sürede büyüyerek kitle oluştururlar.² Olgumuzda kitle iki yılda oluşmuştur. Preop doğru tanı oranı %8 kadardır. Çünkü kitle masseterin içinde veya parotisin bitişiğindedir. Diğer vasküler malformasyonların aksine bunlarda akım hissedilmez ve basınca maruz kalınca şekil değiştirmezler.² Hastaların başvuru nedenleri %60 kitle ve eşlik eden ağrı şikayetidir. Tümör, eğer 3 cm'den büyükse ağrı daha belirgin semptomdur. Tümörün çiğneme sırasında daha belirgin olması nedeniyle, vasküler orijinli olabileceği düşünüldü.

Çeşitli tümörler klinik olarak intramasseter hemanjiomla karışır. Krişan yapılar; tükürük bezi tümörleri ve kistleri, lenfanjiom, rabdomiyosarkom, masseterik hipertrofi ve schwannom.

Düz filmler, angiografi ve komputere tomografi spesifik bulgular vermez.^{14,15} 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.^{2,6,9} Magnetik rezonans görüntüleme ile diğer inceleme yöntemlerinden daha fazla bilgi edinilebilir. T2 ağırlıklı incelemede, göllenmiş kan içinde artmış serbest su yoğunluğu tesbit edilebilir.¹⁶ Parotiste lezyon olup olmadığı ameliyattan önce iyice değerlendirilmelidir. İkinci kez yapılan İİAB de sonuç kan elemanları gelmişse vasküler lezyon düşünülmelidir. MR daha sonra istenmelidir. Arteriografiye genellikle gerek kalmaz. Proksimal vasküler kontrol aynı kesi ile elde edilebilir.

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, kriyoterapi, damarların ligasyonu, embolizasyon ve cerrahi eksizyonu gibi çeşitli tedavi uygulamaları önerilmiştir.^{2,3,12} En uygun tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Aynı zamanda malignitenin ekarte edilmesi için gereklidir. Kas içi yerleşimi ve invaziv karakterinden dolayı geniş olarak, sağlam doku ile birlikte çıkarılmalıdır. Geniş eksizyon sonrası lokal rekürrens oranları %9-28 arasındadır.² Cerrahi sonrası fibrozis olduğundan rekürrens durumlarında ikinci bir cerrahi çok zordur ve bu cerrahi sırasında fasiyal sinir yaralanması riski yüksektir.² Masseter kasının total eksizyonu sonrası nüks görülmemiştir. Bu kozmetik ve fonksiyonel özür lülük yapar. İntraoperatif tam olarak tümörü belirlemek zordur. Çünkü doğası gereği esnek yapıya sahiptir ve masseterden eksizyon için belirli bir kapsülü yoktur.

Cerrahi yöntem olarak, intraoral eksizyon, superfisial parotidektomi ve preavriküler insizyon ile cilt flaplerinin kaldırılıp, fasiyal sinir dalları tanındıktan sonra geniş olarak çıkartılması önerilmiştir.^{2,3,6,15}

Olgumuzda kozmetik açıdan uygunluk nedeni ile preauriküler posttragal insizyon kullanıp, cilt flaplerinin kaldırılmasını takiben, tümörün geniş olarak çıkartılması yöntemini kullandı. Eğer tümör derin yerleşimli ise superfisial parotidektomi uygulanmalıdır.

Sonuç olarak, intramasseter hemanjiom tanısında 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. Benign tümör olmasına rağmen nüks ihtimali olduğundan geniş eksizyon yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. **Batsakisjg:** Vasoformative tumors. In: Batsakis JG, ed- Tumors of the head and neck-clinical and pathological considerations 2 n^o ed. Williams and Wilkins Co., Baltimore 1979; 294-2995.
2. **Wolf GT, Daniel F, Krause Q, Kaufman RS.** Intramuscular hemanjioma of the head and neck. *Laryngoscope* 1985; 95: 210-3.
3. **Elahi MM, Parnes L, Fox A.** Hemangioma of the masseter muscle. *The Journal of Otolaryngology* 1992; 21: 177-9.
4. **Watson WL, Mc Carthy WD.** Blood and lymph vessel tumors; a report of 1056 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1940; 71: 569-88.
5. **Ingalls GK, Bonnington GJ, Sisk AL.** Intramuscular hemangioma mentalis muscle. *Oral Surg Oral Med Oral Patbol* 1985; 60: 476-81.
6. **Rossiter JL, Hendrix RA, Tom L, Potsic W.** Intramuscular hemangioma of the Head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 108: 18.
7. **Hoehn JG, Farrow GM, Devine KD.** Invasive Hemangioma of the Head andneck. *Am J Surg* 1970; 120: 495-8.
8. **Biller HF, Krespi YP, Som PM.** Combined therapy for vascular lesions of the head and neck with intra-arterial embolization and surgical excision. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982; 90: 37-47.
9. **Welsh D, Hengerer AS.** The diagnosis and treatment of intramuscular Hemangioma of the masseter muscle. *Am J Otolaryngol* 1980; 1: 186-90.
10. **Watson WL, Mc Carthy WD.** Blood and lymph vessel tumors; a report of 1056 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1940; 71: 569-88.
11. **Persky MS, Bernstein A, Cohen NL.** Combined Treatment Of Head and Neck Vascular Masses with pre operative embolisation. *Laryngoscope* 1984; 94: 20-7.
12. **Sayan SB, Kogo M, Kouzimi H, et al.** Intramuscular Hemangioma of the digastric muscle. *J Osaka Univ Dent Sch* 1992; 32: 14-40.
13. **Allen PW, Enzinger FM.** Hemangioma of skeletal muscle; an analysis of 89 cases. *Cancer* 1972; 29: 8-22.
14. **Chan MJ, Mclear NR, Soames JV.** Intramuscular hemangioma of the orbicularis oris muscle. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1992; 30: 192-4.
15. **Rossiter JL, Hendrix RA, Tom L, Potsic W.** Intramuscular hemanjioma of the head and neck. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1993; 108: 18-26.
16. **Okabe Y, Ishikavva S, Furukawa M.** Intramuscular hemangioma of the Masseter Muscle: Its characteristic apperance on Magnetic Resonance Imaging. *ORL* 1991; 53: 366-9.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Yazışma Adresi: Dr. Remzi Doğan

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İSTANBUL

Tel: (0505) 791 58 44

Faks: (0212) 533 23 26

e-posta: drremzidogan@gmail.com