

## MASSETER KAS HİPERTROFİSİ VE TEDAVİSİ

Cihat Borçbakan\*

Okan Gürsel\*\*

Serdar Gültan

Bir çok otör tarafından benign idiopatik masseter hipertrofisi diye isimlendirilen bu oluşum oldukça nadir görülen bir belirtidir (1). Yine birçokları tarafından gerçek hipertrofik kas hastalıkları arasında sayılır (5). Gerçek kas hipertrofisi çocukluk veya adolesans ya da erken adult hayatta başlayan progresif bir olaydır. Belirti çoğunlukla üçüncü on yaşlarda masseter kaslarının yüzün yan taraflarında bir veya iki taraflı belirgin bir hal alması ile kendini gösterir ve çok defa dişler sıkılarak ağız kapatıldığında daha belirli bir hâle gelir. Genellikle yalnız estetik görünüm bozukluğu vardır. Bazı vakalarda şakağa doğru vuran ağrılardan bahsedilmişse de bu ağrılar tedaviyi gerektirecek kadar şiddetli değildir. Her vakada olmamakla birlikte alt çene ramüsü ile korpusunun birleştiği kemik açısından genellikle bir kemik büyümesi de görülmektedir ki bu gibi vakalarda tedavide bu çıkıntının da kaldırılması lazımdır. Kemikteki bu büyüme bir hiperostoz olmayıp, daha çok kas çekmesinden hasil olmuş bir uzantı görünümündedir. Masseter hipertrofisi bazan o kadar bariz olurki arkadan bakıldığı zaman kulak alt ve önü kabarık bir halde görülür. Palpasyonda genellikle masseter bölgesinde yumuşak bir kabarıklık ele gelir.

### MATERYEL VE METOD

Bu çalışmamızda masseter hipertrofili 9 olgunun cerrahi tedavisinden elde edilen sonuçlar sunulmuştur. Masseter hipertrofili 9 hastamızdan 5'i erkek, 4'ü kadındır. Hipertrofi 5 vakada iki taraflı 4 vakada tek taraflı görülmüştür (Tablo : 1).

\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Profesörü

\*\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Eski Araştırma Görevlisi

\*\*\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi



Tablo 1 : Masseter hipertrofili vakaların dağılımı.

	Tek taraflı	İki taraflı	Toplam
Kadın	2	2	4
Erkek	2	3	5
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

Yaş ortalaması kadınlarda 30, erkeklerde 29,5 bulunmuştur 5 vaka çene açısı hizasında kemik büyümesi görülmüştür.

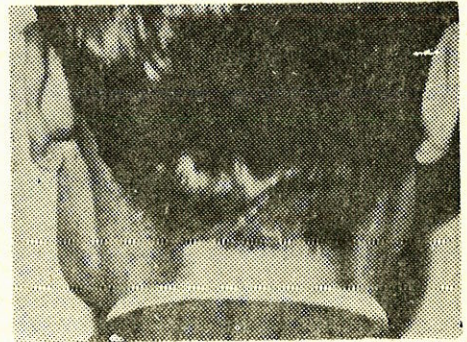
Olguların hepsi ekstraoral yolla ameliyat edilmiştir. Gereken vakalarda kemik çıkıntısı da kaldırılmıştır. Ekstraoral yolla uygulanan ameliyat esnasında facial sinire özen gösterilmelidir. Masseter ön yüzünde alt çene kenarının hemen 1,5 cm. üstünden facial sinirin bukal dalı transvers olarak geçer. Mandibuler dalı ise çene açısı ve alt çene kenarının hemen altından ona paralel olarak seyreder. Sinirlerin bu ilişkisi kas hipertrofisi ile değişmiş olabilir (4). Bu nedenle ameliyat esnasında sinirlerin zedelenmemelerine dikkat edilmelidir. Ste-non kanalının da masseter ön yüzünde, zigoma arkının 1,5 cm. kadar altından geçtiği göz önünde bulundurulmalıdır.

### BULGULAR

Ekstraoral yolla ameliyat edilen olgulardan üçüne ait fotoğraflar aşağıda görülmektedir (Şekil 1,2,3,4,5,6).



Şekil 1 : İki taraflı masseter hipertrofisi.

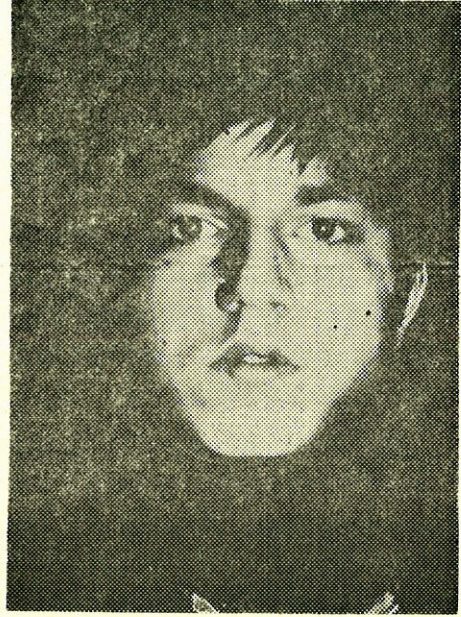


Şekil 2 : İki taraflı masseter hipertrofisinin arkadan görünüşü.





Şekil 3 : Tek taraflı sol masseter hipertrofisi.



Şekil 4 : Aynı vaka ameliyattan sonra.



Şekil 5 : İki taraflı masseter hipertrofisi.



Şekil 6 : Aynı vaka ameliyattan sonra.

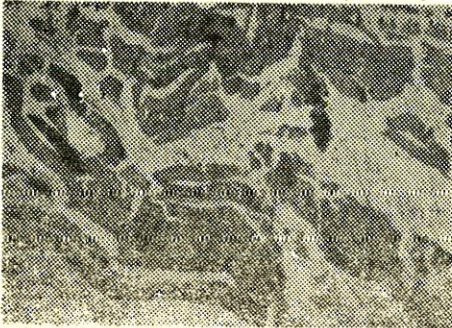


Postoperatuvar olarak bir vakada 20 gün süren yüz ödemi, diğer bir vakada da 15 sene sonra ağrılı nüks görülmüştür. Nüks eden vaka ikinci ameliyattan sonra hiç bir sekel bırakmadan iyileşmiştir.

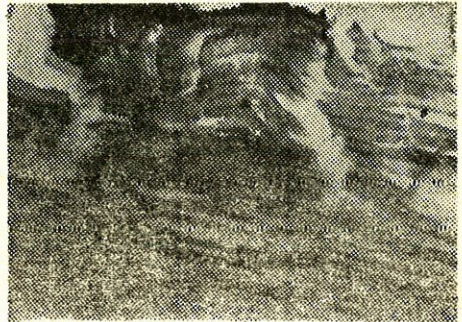
## TARTIŞMA

Masseter hipertrofisi ilk defa 1880 yılında Legg, daha sonra 1930 yılında Bolot ve 1942 yılında Coffey tarafından ele alınmış ancak tedavisinden söz edilmemiştir. İlk defa 1942 yılında Gurney daha sonra 1949 yılında Adams tarafından ameliyatla tedavi edilerek cerrahi domenine sokulmuştur. (3).

Masseter hipertrofinin etyopatolojisi bilinmemektedir. Esasen hastalar genellikle estetik görünüm bozulmasından dolayı doktora başvurmaktadır. Bazıları tek taraflı çigneme ve geceleri diş gıcırdatmanın masseter hipertrofisine neden olduğunu ileri sürerler. Fakat biz vakalarımızın ikisinde çeneyi kapatan üç kas olan masseter, pterygoid intern ve temporal kaslarda yaptığımız anatomopatolojik muayenede temporal ve pterygoid intern kaslarını normal bulmamıza karşılık hipertrofik masseter kasında, kas demetlerinin genişlediğini, striasyonların kaybolduğunu ve arada yer yer bağ dokusu artımı olduğunu ve histopatolojik tanının «Hipertrofik Kas Demetleri» olduğunu tespit ettik (10.1.1985 - 20025 A.Ü.T.F. Pat. Lab.). Eğer söylendiği gibi bir aşırı fonksiyon söz konusu olsa idi herhalde diğer iki kapayıcı kas liflerinde de ufak da olsa bir değişiklik olması icap ederdi (Şekil 7,8).



Şekil 7 : Hipertrofik masseter kas demetleri.



Şekil 8 : Pterygoid internden normal kas demetleri.



Bir çok otör, masseter hipertrofinde genellikle anatomopatolojik bir değişiklik olmadığını saptamışsa da bu konuda karşılaştırmalı incelemeler yapan Gugenheim, fibrillerde mutlaka kalınlaşma olduğunu ve hatta kas lifleri içinde yer yer kartilajinöz ve osteoit dokuların bulunduğunu saptamıştır (5).

Bazı otörler, bir kısım vakalarında temporomandibuler eklem sendromunu neden olarak göstermişlerdir (6). Gerçi son araştırmalara göre temporomandibuler eklem sendromunun nedeni çiğneme kaslarındaki disharmoni olarak gösterilmekte ise de bunu benimsemek olanağı yoktur. Çünkü uğraşımız dolayısıyla temporomandibuler eklem sendromlu pek çok hasta görmemize rağmen hiç birinde masseter kas hipertrofisi görmedik. Bizce burada olay bir rastlantıdan ibarettir. Kaldı ki hipertrofi vakalarında kasta yapılan elektromyografik araştırmalarda da gerek tarafımızdan gerek diğer birçok otör tarafından bir değişiklik tespit edilememiştir.

Özellikle Gillum, yazısında trigeminal sinirin motor nukleusunda Moebius sendromundaki gibi bir defekt mevcudiyetinin neden olabileceğinden bahsetmiş fakat burada lokalizasyonun değişik olduğunu söylemiştir (6). Bütün bunlardan anlaşılacağı gibi masseter hipertrofisinin nedeni bilinmediğinden idiopatik kas hipertrofisi deyiimi kullanılmaktadır. Masseter hipertrofisinin bu bölgede oluşan lenfanjiom, parotis tümörleri, çene kemiği kist ve adamantinomları ile karıştırıldığı literatürde görülmektedir (2).

Masseter hipertrofisinde bir süre psikoterapi ve sakinleştirici ilaçlar verilerek ve hastaya sakız çiğnemesi yasak edilerek konservatif uygulamalarla kas kontraktürüne engel olunmak istenmişse de bir sonuç alınamamıştır (4). Masseter hipertrofisinde cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Masseterin motor siniri, trigeminusun motor dalından ayrılan Nervus massetericus'dur. Bu sinir insisura mandibuladan geçerken insisuranın lateral kısmında görülür. Burada henüz kasa girerek dallanmamıştır. Ağız içinden girilerek bu sinirin ve yakınında bulunan arterin kesilmesiyle yapılan tedavi tarzından bahsedilmişse de alınan sonuç biraz belirsizdir (8).



Esas tedavi hipertrofik kasın kesilerek çıkarılmasıdır. Bunun içinde intraoral veya ekstraoral yol önerilmektedir. İntraoral girişimde hastanın ağzı iyice açtırılır ve ramus ön kenarının hafifçe ön tarafından birinci alt molar dişe kadar uzanan, yukarıdan aşağı bir insizyon yapılır. Bundan sonra ramusun dış gerisinden angulusa ve aşağıda ikinci alt molar bölgeye kadar disseksiyon yapılarak masseter kas meydana çıkarılır. Bundan sonra masseter alt yapışıklığının yakınında derin kas kitlesinin ön yarısı kesilir. Bu kas parçası ağız içine doğru çekilerek üst yapışıklığı da zigoma altında kesilir. Bu şekilde kasın medial kısmı rezeke edilmiş olur. Eğer kemikte de çıkıntı varsa mandibuler açının biraz üstünde ramus lateral yüzüne periostal bir insizyon yapılır. Subperiostal olarak aç meydana çıkarılır. Kortikal ve spongöz kemik etrafı iyice korunarak bir frezle kesilir. Burada kemik rezeksiyonu büyümenin derecesine göre yapılır. Yara intraoral drenajla kapatılır ve dışarıdan tazyikli sargı ile sarılır. Postoperatif trismus engel olmak için beşinci gün aktif ağız açma hareketlerine başlanır. Bazı yazarlar bu hareketi ağız açacağı ve dil baskısı ile temin ederler (7).

Ekstraoral girişim için çene goniumundan öne doğru alt çene kenarına paralel 3-4 cm. uzunluğunda cilt ve cilt altı dokusu insizyonu yapılır. Bu sırada parotis fasyası meydana çıkarılır. Fasya kesilerek masseter kas ekspozite edilir. Masseterin alt yapışıklığının 2/3 arka kısmı kesilir. Bu yolla rujinle ayrılan kasın arkasındaki kemik çıkıntısının da kolayca görülmesi sağlanmış olur. Bundan sonra kasın hipertrofik kısmı medial olarak rezeke edilir. Gereken vakalarda kemik çıkıntısı kesilir. Hemostazdan sonra yara suture edilir. Görüldüğü gibi ekstraoral yol daha emin ve kontrolü kolay bir yoldur. Bazı yazarların çene altında kalacağını söyledikleri sikatris de birkaç sene sonra belli belirsiz kalmaktadır. Vakalarımızın yalnız birinde 20 gün süren bir ödemden başka komplikasyon görmedik. Sadece bir olguda ameliyattan 15 yıl sonra ağırlı nüks gördük. Nüks eden bu hastada ikinci kez ameliyat edildikten sonra hiç bir sekel bırakmadan iyileşti. Ekstraoral yolla ameliyat ettiğimiz hastaların ameliyattan sonra normal beslenmeye başlayabilmeleri ve aktif ağız hareketleri ekzersizleri gereksiniminin duyulmaması uygulanan yöntemi üstün kılan özelliklerdir.



**ÖZET**

Masseter hipertrofisi oldukça seyrek görülen idiopatik bir belirtidir. Anatomopatolojik muayenelerde kasda ödem ve liflerde kalınlaşma görülmüştür. Buna karşılık yine ağız kapama kasları olan temporal ve pterygoid intern kaslarında da bir değişiklik bulunamamıştır. Tedavide ekstraoral yol tercih edilmiştir. Bir vakada 20 gün süren ödem diğer bir vakada da 15 sene sonra ağrılı bir nüks görülmüştür. Yazıda 9 vakanın analizi yapılmıştır.

**SUMMARY****Masseteric Muscle Hypertrophy and its Treatment**

Masseteric hypertrophy is an idiopathic disease which occurs rarely. In anatomopathologic examinations, edema in muscle and thickening in fibrils have been observed. However, no change has been recorded in temporal and pterygoid intern muscles, which are ather mouthclosing muscles.

In treatment, the extra oral method has been preferred. In one case, edema lasting in 20 days and in another case, after fifteen years, a relapse with pain has been faced. In the paper, nine cases were analyzed.

**KAYNAKLAR**

1. Borçbakan, C. : Ağız ve Çene Hastalıkları, A.Ü. Basımevi, Ankara 1971.
2. Converse, J.M. :Reconstructive Plastic Surgery, Vol. 2, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1964.
3. Derrick, D. : Bilateral Idiopathic Masseteric Hypertrophy, Br. J. Plast. Surg., 16 : 149-152, 1961.
4. Georgiad, F.N., Pickrell, K. : Surgical Treatment of Benigne Masseteric Hypertrophy, Plast. Re. Surg., 15 : 215-218, 1955.
5. Guggenheim, P., Cohen, L.B. : The Histopathology of Masseteric Hypertrophy, A.M.A. Arch. Otolaryn., 71 : 6, 1960.



6. Guillaum, L.J., Bleom, J.J. : On the Differential Diagnosis of Masseter Hypertrophy, *J. Maxillo-Facial Surg.*, 2 : 246-249, 1974.
7. Hermann, L.B. : Masseteric Muscle Hypertrophy and its Intraoral Surgical Correction, *J. Maxillo-Facial Surg.*, 5 : 28-35, 1977.
8. Ristow, H. : Transoral Neuro und Arteriotomic zur Behandlung der Masseter Hypertrophy, *Zeitschri ftFür Laryn. Phino. Otolar.*, 46 : 30-35, 1967.