

STAFNE KEMİK KAVİTESİ:BİR OLGU SUNUMU

Stafne Bone Cavity: A Case Report

Kevser SANCAK*
M. Emre YURTTUTAN**

Eda NAİFOĞLU*
Ayşegül Mine TÜZÜNER ÖNCÜL***

ABSTRACT

Stafne bone cavity (SBC) are asymptomatic lingual bone depression of the lower jaw. It is a developmental anomaly represented by a bone concavity usually containing salivary gland tissue. Stafne bone defects was described by Stafne in 1942 and he described for the first time 35 asymptomatic, radiolucent cavities, unilaterally located in the posterior region of the mandible, between the mandibular angle and the third molar, below the inferior dental canal and slightly above the basis mandibula. It is mostly seen in males 5th and 7th decades of life. SBC is usually found incidentally during routine radiographic examinations and appears as a round or ovoid well-circumscribed radiolucency. These asymptomatic and benign entities may cause confusion in establishing diagnosis particularly when characteristic features are not present. Orthopantomograph and CT (Computer Tomography) were used for diagnosing the SBC. The appearance of SBC is usually pathognomonic and no treatment is required.

Keywords: Stafne bone cavity, cyst, mandibula

ÖZET

Stafne kemik kavitesi (SKK) alt çenede asemptomatik lingual kemik depresyon alanı olarak tarif edilmektedir. Sıklıkla tükürük bezine ait dokular içeren gelişimsel bir anomalidir. Stafne kemik defekti 1942'de Stafne tarafından tarif edilmiştir ve mandibula alt sınırının biraz üzerinde ve inferior alveolar kanalın altında, 3.molar ve mandibula angulus arasında, mandibulanın posterior kısmında ilk kez asemptomatik radyolüsent unilateral yerleşimli 35 defekt tanımlamıştır. Çoğunlukla yaşamın 5. ve 7. dekatlarında erkeklerde

görülmetedir. SKK rutin radyografik incelemeler sırasında tesadüfen bulunur ve iyi sınırlı yuvarlak ya da oval radyolüsendir. Asemptomatik ve benign olan bu oluşumlar, karakteristik özellikleri sergilemediğinde tanı koymak güçleşmektedir. Ortodontomograf ve BT (Bilgisayarlı Tomografi) SKK'nın teşhisinde kullanılır. SKK'nın görünümü genelde patognomoniktir ve tedavi gerektirmez.

Anahtar kelimeler: Stafne kemik kavitesi, kist, mandibula

GİRİŞ

Stafne'nin kemik kavitesi (SKK), ilk kez 1942'de Edward Stafne isimli araştırmacı tarafından tanımlanmıştır. Stafne 35 hastaya ait intraoral radyografilerde inferior alveolar sinirinin altında, birinci molar dişler ile angulus mandibula arasında yerleşmiş, yuvarlak veya oval şekilli, yoğun radyoopak sınırlı, asemptomatik, radyolüsent lezyonlar tanımlamıştır (1,2,3).

SKK genellikle inferior alveolar kanalın altında posterior mandibulada lingualde lokalize iyi sınırlı ovoid radyolüsent lezyondur (1,4). Lezyonun büyüklüğü 1cm'den 3 cm'e kadar değişiklik gösterebilir (5). SKK, panoramik radyografide kistik bir görünüme sahiptir ve yalancı kist sınıflamasında yer almaktadır (1). Radyografik olarak kemik defektinin kortikal sınırı odontojenik kistlerden daha yoğun ve daha incedir (5). SKK sıklıkla yaşamın 5. ve 7. dekadındaki erkekleri etkiler ve %0.10 ve %0.48 arasında prevalans gösterir (6).

* Dt.,Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ,Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

** Dr. Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ,Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

*** Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ,Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Asemptomatik radyolüsent görüntü veren SKK'nın dört farklı yerleşim bölgesi bulunmasına rağmen lingual mandibular kemik kavite-lerinin literatürde sıklıkla yer almış şekli posterior lingual yerleşimli olanıdır (7).

Stafne kemik kavitesinin etiyojisine yönelik pek çok teori ileri sürülmüşse de, halen açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu nedenle stafne kemik kavitesi veya kisti, statik kemik kisti, idiopatik kemik kavitesi, mandibular tükürük bezi defekti, lingual mandibular kemik defekti, konkavitesi, defekti veya depresyonu, ektopik tükürük bezi gibi çeşitli isimler altında da adlandırılmaktadır (2,5). Lezyon asemptomatiktir ve gerçek kist değildir (4).

Bu makalenin amacı stafne kemik defekti olan bir vakanın klinik ve radyolojik karakteristiklerini literatür verileri ışığında tanımlamaktır.

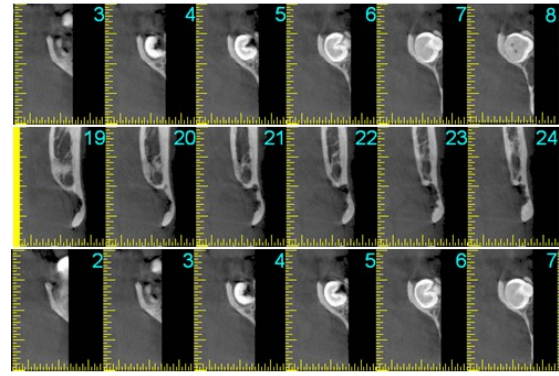
VAKA RAPORU

64 yaşındaki erkek hasta sol mandibula-daki gömülü dişi sebebiyle kontrol amaçlı Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi kliniğine başvurmuştur. Hastadan alınan anamneze göre hastanın herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmamaktadır. Hastadan alınan panoramik radyografide tesadüfen fark edilmiştir ve sol yirmi yaş dişinin altında iyi sınırlı oval radyolüsent alan saptandı (Resim 1). Anamnezde herhangi bir travma hikayesi saptanmadı. Ekstra oral ve intraoral muayenede belirgin bir bulgu ve lenfadenopatiye rastlanmadı. Herhangi bir enfeksiyon belirtisi ve fistül tespit edilmedi. Yapılan bidigital palpasyonda defekt bölgesi ağrısızdır. Yirmi yaş dişi ile ilişkisinin olmaması, semptomsuz olması ve mandibular kanalın altında olmasından dolayı SKK olabileceği düşünüldü.



Resim 1: Stafne kemik kistinin panoramik görüntüsü

Tanıyı doğrulamak için hastadan bilgisayarlı tomografi istendi. Tomografide mandibulanın bukkolingual ve aksiyal kesitlerine lingual kortekste devamsızlık gözlemlendi (Resim 2) ve hastanın 3 boyutlu Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntülerinde lingual kemik defekti tespit edildi. Kavite yaklaşık 10x6x6 mm (infero-superior yükseklik, meziodistal uzunluk, bukkolingual derinlik) boyutlarındadır. Hasta lezyonla ilgili bilgilendirildi, ileri bir inceleme istenmeden ve herhangi bir tedaviye başlanmadan düzenli takibe alındı.



Resim 2. Stafne kemik kistinin tomografik kesitlerdeki görüntüsü

TARTIŞMA

Stafne kemik kavitesi, en sık 5. ve 7. de-katlarda erkek bireylerde görülmektedir (5). Olgu sunumunda da uyumluluk göstermektedir. Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 4 kat daha fazla görülmektedir. Birçok olguda defektin büyüklüğü 0,5-2 cm arasında değişmektedir ve ortalama defekt büyüklüğü 1,2 cm'dir. Çok aşırı büyüklükteki defektler nadirdir ancak bir vakada 9 cm'lik defekt büyüklüğü rapor edilmiştir (8). Olguların çoğu unilateral olmakla birlikte, bilateral olanlar da bildirilmiştir (9,10). Bu makalede sunulan olgudaki oluşum, radyografik incelemede tesadüfen fark edilmiştir ve olgular cinsiyet, yaş, unilateral ve posterior yerleşimli olma özellikleri ile literatür bilgileri ile uyumludur.

SKK'nın tam patogenezi anlaşılamamaktadır. Stafne, lingualde kavite oluşmasını, kırk-dokularında kemik oluşmasındaki eksikliğe bağlı geliştiğini ifade etmiştir. Bazı araştırmacılar ise, kemik depresyonuna bez dokularının mandibulanın lingual korteksine baskısı sonucu oluştuğunu savunmaktadır(5). Pek çok

cerrahi seride, kemik defektinin içinde tükürük bezi olduğu belirtilmiş, ancak kas, lenfatik doku ve kan damarı içerdiğini söyleyen çalışmalarda vardır (11).

SKK'nın anterior ve posterior varyantları vardır. Posterior şekli inferior alveolar kanalın altında mandibula angulusu ile 1.molar arasında yer alan en çok bilinen varyantıdır (5). Submandibular bez posterior tipiyle, sublingual bez anterior tipiyle ve parotis bezi yükselen ramusta görülen iki tipiyle ilişkilidir (5,12). Şahin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, 1471 hastanın sadece 8'inde alt çene gövdesi veya angulus mandibulada SKK saptamışlardır (13). Literatürde az sayıda da olsa, anterior mandibulada ektopik tükürük bezinden, kaninler bölgesinde çift taraflı olarak sublingual tükürük bezinden ve küçük azı dişleri bölgesinde sublingual tükürük bezinden kaynaklı olduğu düşünülen ve SKK tanısı konulan olguların rapor edildiği görülmüştür (1,8,9). Dereci ve arkadaşlarının olgu sunumunda ağız içine açılan klinikte tesadüfen fark edilen anterior yerleşimli SKK bildirilmiştir.

SKK genellikle rutin radyografilerle odontojenik kist ya da tümör benzeri yapılarla benzemesiyle teşhis edilmektedir (14). Panoramik görüntüleme teşhis için yeterli görülmesine rağmen bazen radiküler kist, rezidüel kist, lateral periodontal kist gibi atipik kistik lezyonlar için tanımlayıcı olmayabilir (1). Böyle durumlarda kesin tanı için ilave görüntüleme teknikleri gereklidir. Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve sialografi SKK için tanı konulmasında kullanılmaktadır (15). Sialografi, kemik defekti içindeki, tükürük bezi kanallarının tanımlanması için kullanılmaktadır (3). Kavitenin tükürük içermediği ve/veya kas, fibröz bağ dokusu, kan damarları, yağ veya lenfoid doku içerdiği durumlarda sialografi ve aspirasyon negatif sonuç verebilir. Sialografi posterior yerleşimli kavitelerde uygulanabilmekle birlikte anterior yerleşimli olgularda sublingual bez için uygulanması oldukça kısıtlıdır. Bunun nedeni çapları dar olan çok sayıdaki Rivinus kanallarına kanülasyon yapmanın çok güç olmasıdır. Ayrıca kanalda travma oluşması, asiner yırtılma ve sepsis benzeri komplikasyonlar gelişebilmektedir. Buna ilave olarak hasta için zor ve rahatsızlık verici bir yöntem olabilmektedir ve hasta iyonize ışın ile

kontrast maddeye maruz kalmış olur. BT ve MR görüntüleme yöntemlerinde gerek bu açıdan gerekse de lezyonun yerleşimi, submandibular bez ile ilişkisi, boyutları, sınırları ve içeriği hakkında geleneksel radyografilere kıyasla çok daha detaylı bilgi elde edilir. BT, invazif olmayan ve uygulaması kolay bir görüntüleme yöntemidir. BT ile lezyonun periferdeki kaynağı belirlenmekte ve lingual bölgedeki kortikal kemiğin sınırlarını net olarak takip etmek mümkün olmaktadır (14).

SKK için biyopsi veya herhangi bir tedaviye gerek yoktur (1). Cerrahi tedavi veya biyopsi atipik durumlarda ya da başka şüpheli durumlarda yapılabilir (8). SKK'nın takip edilmesi yeterlidir.

KAYNAKLAR

- 1) Ezirganlı Ş, Taşdemir U, Mihmanlı A, Özer K, Ün M. Stafne'nin Kemik Kavitesi:2 Olgu Sunumu. GÜ Diş Hek Fak Derg 2012; 29(2):111-114
- 2) Kürklü E, Ögüt ŞM, Kazancıoğlu HO, Ak G.Stafne Kemik Kavitesi:İki Olgu Nedeniyle. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2012; 5:10-15
- 3) Türkoğlu K, Çelebioğlu BG, Karadeniz SN. Stafne kemik kavitesi: 3 olgu sunumu Cumhuriyet Dent J 2012; 15(1):43-47
- 4) Andersson L, Kahnberg K, Pogrel MA. Oral and Maxillofacial Surgery. United Kingdom:Wiley-Blackwell; s.625
- 5) Münevveroğlu AP, Aydın KC. Stafne Bone Defect: Report of Two Cases.Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dentistry 2012; Article ID:654839:5 pages
- 6) Dereci Ö, Duran S. Intraorally exposed anterior Stafne bone defect: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012; 113:e1-e3
- 7) Önem E,Koca H. Statik(Stafne) Kemik Kavitesi: Olgu Sunumu. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012; 18(2):109-13
- 8) De Courten A, Küffer R, Samson, J, Lombardi T.Anterior mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2002; 94(4):460-4.

- 9) Queiroz LM, Rocha RS, Medeiros KB, Silveira EJD, Lins RD. Anterior bilateral presentation of Stafne Defect: An unusual case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;2(5):613-5.
- 10) Kay LW. Some anthropologic investigations of interest to oral surgeons. *Int J Oral Surg* 1974;3(6):363-79.
- 11) Tsui SH, Chan FF. Lingual mandibular bone defect: case report and review of the literature. *Aust Dent J* 1994; 39:368-371.
- 12) Barker G. A radiolucency of the ascending ramus of the mandible associated with inverted parotid salivary gland material and analogous with a Stafne bone cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:81-84.
- 13) Şahin M, Görgün S, Güven O. Stafne Kemik Kavitesi. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2005; 11: 39-42.
- 14) Varghese JC, Thorton F, Lucey BC, Walsh M, Farrell MA, Lee MJ. A prospective comparative study of MR sialography and conventional sialography of salivary duct disease. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173(6):1497-503.
- 15) Dolanmaz D, Etöz OA, Pampu AA, Kılıç E, Şişman Y. Diagnosis of Stafne's bone cavity with dental computerized tomography. *Eur J Gen Med* 2009; 6:42-45