

RADİKÜLER KİST GÖRÜNÜMLÜ SANTRAL DEV HÜCRELİ GRANÜLOMA: VAKA RAPORU

Central Giant Cell Granuloma Masquerading a Radicular Cyst: Case Report

Ömür DERECİ*
Özkan BÜYÜK***

Doruk ŞAHER**
Serpil ALTUNDOĞAN****

Abstract

Central giant cell granuloma is a benign and reactive intraosseous lesion. It is generally localized in the anterior mandibular region. However, it may be localized in the periradicular region of a vital or non-vital tooth. Periradicular central giant cell granulomas may be misdiagnosed as periapical inflammatory dental lesions such as radicular cysts or chronic apical periodontitis on radiographic or clinical examination. In this case report, a periradicular central giant cell granuloma which is localized in the right maxillary premolar region is presented and the importance of differential diagnosis is discussed.

Key Words: *central giant cell granuloma, giant cell granuloma, radicular cyst, radicular pathology*

Özet

Santral dev hücreli granüloma reaktif ve benign potansiyele sahip kemik içi bir lezyondur. Genellikle alt çene anterior bölgede ortaya çıkan lezyon nadir olarak dişlerin periapikal alanında ortaya çıkabilmektedir. Periradiküler santral dev hücreli granülomalar semptomsuz olarak kendilerini gösterebilmekte ve periradiküler inflamatuvar durumlarla (radiküler kist, kronik apikal paradontitis) klinik ve radyografik olarak karışabilmektedir. Bu vaka raporunda sağ üst premolar bölgede

periapikal bölgede ortaya çıkan bir santral dev hücreli granüloma vakası sunulmuş ve klinik ayırıcı tanındaki önemi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *santral dev hücreli granüloma, dev hücreli granüloma, radiküler kist, radiküler patoloji*

Giriş

Santral dev hücreli granüloma (SDHG) benign, reaktif, neoplastik potansiyel göstermeyen bir kemik içi lezyondur.(1) İlk defa Jaffe tarafından 1953 yılında tanımlanmıştır.(2) SDHG asemptomatik, ağrısız, klinik olarak yavaş seyir gösteren bir lezyon olarak ortaya çıkabildiği gibi, agresif, hızlı büyüme gösteren ve kök rezorpsiyonu yapan bir formda da görülebilmektedir.(3) Genellikle 3. Dekatta, kadınlarda ve mandibula anterior bölgede daha çok gözlenir.(4)

Histolojik olarak SDHG iğsi şekilli fibroblast benzeri mononükleer hücreler, çok sayıda multinükleer osteoklast benzeri dev hücreler, kanama odakları ve reaktif örgü kemik adaları içermektedir. Ek olarak, bazı vakalarda stroma içerisine dağılmış olarak gözlenen inflamatuvar hücreler de bulunabilmektedir.(5)

* DDS,Phd, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Eskişehir

** DDS, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

*** DDS, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Oral Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**** DDS,Phd,Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Çoğu lezyon multiloküler iyi sınırlı, kortike sınır göstermeyen radyolusensi şeklinde görülmektedir. Ancak nadir vakalarda lezyon uniloküler, kortike sınır ile çevrili radyolusensi şeklinde de kendini gösterebilmektedir.(4,6)

Periradiküler bölgede lokalize olan SDHG'lar kolaylıkla primer periradiküler patolojilerle karıştırılabilmektedir. Bu vaka raporunda üst çene sağ premolar bölgede radyografik olarak radiküler kist görünümü veren periapikal SDHG vakası sunulmuş ve tartışılmıştır.

Vaka raporu

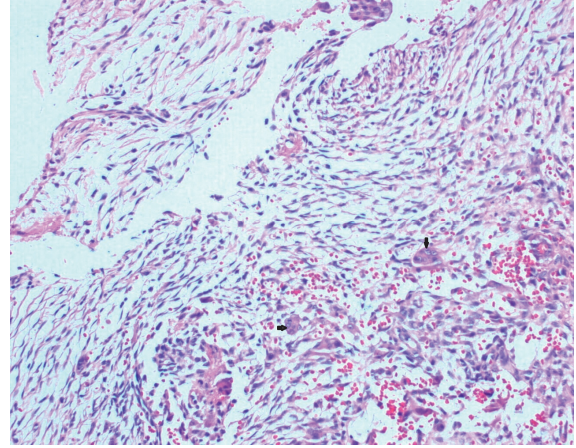
Rutin diş muayenesi amacıyla Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na başvuran 34 yaşındaki kadın hastadan alınan panoramik radyografide, 15 no'lu dişin apeks bölgesinde kortikal sınırlı, radyolusent bir lezyon tespit edildi.(Resim 1) Alınan anamnezde hastanın hiçbir medikal probleminin olmadığı öğrenildi. Klinik muayenede 15 no'lu diş bölgesinde herhangi bir inflamatuvar duruma rastlanmadı ve dikey ve yatay perküsyon muayenesinde de ağrı gözlenmedi. Dişe yapılan vitalite testi sonucu dişin devital olduğu saptandı.



Şekil 1. 15 no'lu dişin kökünün komşuluğunda gözlenen kortike sınırlı uniloküler radiküler kist görünümlü lezyon.

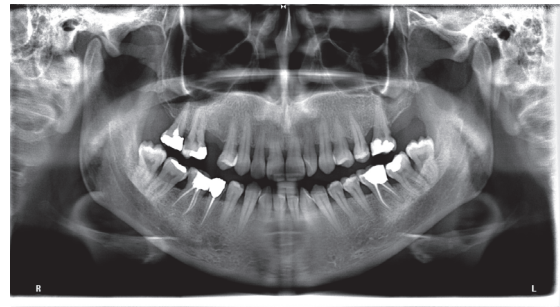
Hasta radiküler kist klinik ön tanısıyla operasyon altına alındı. Operasyon bölgesine lokal anestezi (Ultracain D-S forte) tatbikinden sonra sulkuler ve dikey insizyonlarla lezyona ulaşıldı. Lezyon cerrahi küretlerle kürete edildikten sonra 15 no'lu diş ekstrete edildi. Yeterli irrigasyondan sonra operasyon bölgesi 3-0 ipek süturla kapatıldı. Hasta 1 hafta sonra diğışlerin alınması amacıyla kontrole çağırıldı.

Yapılan histolojik incelemede vaskularize ve kanama odakları görülen bağ dokusu çatısı altında çok sayıda mononükleer fibroblastik hücreler içinde dağılmış çok çekirdekli dev hücreler gözlemlendi. (Resim 2) Lezyon santral dev hücreli granüloma tanısı altında takibe alındı.



Şekil 2. İğsi şekilli mononükleer lezyoner hücrelerin içinde dağılmış olarak görülen çok çekirdekli dev hücreler (oklarla gösterilen) ve kanama odakları içeren santral dev hücreli granüloma. (HEX20)

6 ay sonra klinik kontrole gelen hastada ilgili bölgede kemik oluşumu gözlemlendi. Rekürrense dair herhangi bir kanıt bulunamadı. (Resim 3)



Şekil 3. Postoperatif 6. ay kontrol filminde cerrahi bölgede yeni kemik oluşumu gözlenmektedir.

Tartışma

SDHG'ların etiyolojisi tam olarak bilinmemekte, ancak lokal travmanın, seks hormonlarının ve genetik faktörlerin oluşumunda rol oynayabileceği düşünülmektedir.(7) Periapikal SDHG'nin patogeneğinde inflamatuvar faktörlerin yeri yoktur.(6) Buna rağmen özellikle devi-

tal ve apikal radyolusensi bulunan dişlerde herhangi bir inflamatuvar dental patolojiye çok benzer bir şekilde SDHG gelişebilmektedir.

De lange ve arkadaşları (2005) 79 uniloküler SDHG vakasının 8 tanesinin periapikal bölgede lokalize olduğunu rapor etmişlerdir.(8) Dahlkemper ve arkadaşları ise 16 hastada periapikal SDHG varlığına rastladıklarını belirtmişlerdir.(9) Literatürde yayınlanan vakaların çoğunluğunun mandibula ve maxilla ön bölgede lokalize olduğu gözlenmektedir.(4-6, 8, 10) Çalışmamızda ise SDHG görülen diş üst çene sol 2. premolar dişdir. Böylelikle, bu vaka raporu periapikal SDHG'nın lokalize olduğu bölge açısından literatürden farklılık göstermektedir.

Literatürdeki bazı vaka raporlarında periapikal SDHG'nın tam olarak teşhis edilemeyip, periapikal inflamatuvar patolojilerle karıştırılması sonucu gereksiz kanal tedavileri uygulamalarından bahsedilmektedir.(11-13) Periapikal SDHG vakalarında ilgili dişler pulpa vitalite testlerine negatif veya pozitif cevap verebilirler.(5-12) SDHG periapikal inflamatuvar lezyonlar ile radyografik ve klinik olarak kolaylıkla karıştırılabildiği için lezyon ile ilişkili dişlere çoğunlukla kanal tedavisi uygulanmakta ve her kanal tedavisinde olduğu gibi tedavi başarısı takip edilmektedir. Kanal tedavisi sonrası bölgede ağrı ve şişlik şikayetleri devam ediyorsa, lezyonun endodontik kaynaklı olmadığı düşünülmelidir. Özellikle çürüksüz ve travmaya açık konumda bulunmayan dişlerde gözlenen bu tür apikal lezyonlara SDHG veya diğer olası periradiküler patolojilerin ayırıcı tanısıyla yaklaşım gösterilmelidir. Çalışma vakamızda lezyonun radiküler kist olarak değerlendirildiği halde kanal tedavisi uygulanmayacak kadar geniş kemik rezorpsiyonu yaptığı düşünülmüş ve kanal tedavisi uygulanmamıştır.

Periapikal SDHG tedavisinde uygulanan yöntem eksizyonel biyopsi ve cerrahi küretajdır. Cerrahi sonrası rekürrens oranı %10 ve %50 arasında rapor edilmiştir. Çalışma vakamızın cerrahi sonrası 6. ay kontrolünde bölgede yeni kemik oluşumu gözlenmiş ve nükse dair herhangi bir ipucuna rastlanmamış olup klinik takibine devam edilecektir.

Sonuç

SDHG'nın radyografik görüntüsü patogonomik değildir ve diğer inflamatuvar dental patolojilerle ve diğer çene lezyonlarıyla karıştırı-

rılabilmektedir. İnflamatuvar dental patolojilerin yüksek insidansı, diğer periradiküler patolojik durumların göz ardı edilmesine yol açmaktadır. SDHG sık olmasa da periradiküler olarak ortaya çıkabildiği için dikkatli olunmalı ve kanal tedavi uygulamalarından sonra hastalar en az 3 aylık takiplere alınmalıdır. Radyografik olarak lezyoner genişleme gösteren veya şikayetlerinde azalma olmayan vakalarda cerrahi yöntemlere başvurulmalıdır.

REFERANS

- 1- Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd Edition. Philadelphia: WB Saunders co., 2009: pp 626.,
- 2- Jaffe HL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-oseous) dysplasia of the jawbones. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1953;6:159-75.
- 3- Chuong R, Kaban LB, Kozakewich H, Perez-Atayde A. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. J Oral Maxillofac Surg. 1986;44:708-13.
- 4- Lombardi T, Bischof M, Nedir R, Vergain D, Galgano C, Samson J, Küffer R. Periapical central giant cell granuloma misdiagnosed as odontogenic cyst. Int Endod J. 2006 Jun;39(6):510-5.
- 5- Kumar B, Khambete N. Endodontic misdiagnosis of periapical central giant cell granuloma: Report of case with 2 years follow-up. Saudi Endod J. 2012;2:95-9
- 6- Seifi S., Fouroghi R. Central giant cell granuloma: a potential endodontic misdiagnosis. Iranian Endodontic Journal. 2009;4:158-60
- 7- Unal M, Karabacak T, Vayisoğlu Y, Bağış HE, Pata YS, Akbaş Y. Central giant cell reparative granuloma of the mandible caused by a molar tooth extraction: special reference to the maneuver of drilling the surgical field. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70:745-8.
- 8- De Lange J, Van den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99:464-70.

9- Dahlkemper P, Wolcott JF, Pringle GA, Hicks ML. Periapical central giant cell granuloma: a potential endodontic misdiagnosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000;90:739-45.

10- Nary Filho H, Matsumoto MA, Fraga SC, Gonçalves ES, Sérvulo F. Periapical radiolucency mimicking an odontogenic cyst. Int Endod J. 2004;37:337-44.

11- Martin LR. Systemic approach to endodontic diagnosis- a must! A case report. Clinical Preventive Dentistry 1982;4:25-7

12- Sykaras SN. Central giant cell granuloma: report of a case. Int Endod J. 1981;14:185-7.

13- Glickman GN. Central giant cell granuloma associated with a non-vital tooth: a case report. Int Endod J. 1988;21:224-30

14- Waldron CA, Shafer WG. The central giant cell reparative granuloma of the jaws. An analysis of 38 cases. Am J Clin Pathol. 1966;45:437-47.

15- Andersen L, Fejerskov O, Philipsen HP. Oral giant cell granulomas. A clinical and histological study of 129 new cases. Acta Pathol Microbiol Scand A. 1973;81:606-16.

16- Eisenbud L, Stern M, Rothberg M, Sachs SA. Central giant cell granuloma of the jaws: experiences in the management of thirty-seven cases. J Oral Maxillofac Surg. 1988;46:376-84.

Yazışma Adresi

Dr. Ömür Dereci

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

26480 Meşelik Yerleşkesi, Eskişehir

E-mail:omurdereci@hotmail.com