

STAFNE'NİN KEMİK KAVİTESİ: 2 OLGU SUNUMU*

STAFNE'S BONE CAVITY: 2 CASES REPORT

Şeref EZİRGANLI¹

Ufuk TAŞDEMİR²

Ahmet MİHMANLI¹

Koray ÖZER³

Emin ÜN³

Mustafa KIRTAY³

ÖZET

Stafne'nin kemik kavitesi (SKK), ilk kez 1942'de Stafne tarafından rapor edilmiş olup, çoğunlukla hayatın 5–7. dekatları arasında erkeklerde görülmektedir. SKK genelde semptomsuz olup radyolüsent bir görünüme sahiptir ve rutin radyografik incelemeler sırasında tesadüfen bulunur. Bu kavite, alt çenede birinci büyük azı dişi ile angulus mandibula arasında, mandibular kanalın altında lokalizedir. İyi sınırlı yuvarlak ya da oval radyolüsendir. SKK'nın görünümü genelde patognomoniktir ve SKK tedavi gerektirmez.

Bu makalenin amacı, bilgisayarlı tomografi ile teşhis edilen SKK'ya sahip iki olguyu takdim etmektir.

Anahtar Kelimeler: Stafne'nin kemik kavitesi, alt çene, bilgisayarlı tomografi

SUMMARY

Stafne's bone cavity (SBC) was first described by Stafne in 1942 and that is mostly seen in males between 5th and 7th decades of life. SBC is generally asymptomatic radiolucent image and usually found incidentally during routine radiographic examinations. This cavity is located under the mandibular canal, between the first molar and the angle of the mandible. It appears as a round or ovoid well-circumscribed radiolucency. The appearance of SBC is usually pathognomonic, and no treatment is required.

The aim of this paper is to represent two cases of SBC diagnosed with computerized tomography.

Key Words: Stafne's bone cavity, mandible, computerized tomography

Makale Gönderiliş Tarihi : 19.10.2011

Yayına Kabul Tarihi : 29.02.2012

* Bu makale 2011 yılında 18. Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği Kongresinde, poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹ Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

² Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

³ Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Dt.

GİRİŞ

Stafne'nin kemik kavitesi (SKK), ilk kez 1942'de Stafne isimli araştırmacı tarafından tanımlanmıştır¹³. SKK, Stafne'nin kemik defekti ya da kisti, statik kemik kisti, idiopatik kemik kavitesi, mandibular tükürük bezi defekti ve lingual mandibular kemik defekti gibi çeşitli isimler altında da adlandırılmaktadır^{2-4,7}.

SKK, panoramik röntgende kistik bir görünüme sahiptir¹¹ ve yalancı kist sınıflandırmasında yer almaktadır¹⁰. Radyografide, çoğunlukla tek taraflı, ovoid ya da yuvarlak iyi sınırlı radyolüsent alan olarak görülmektedir². Bu kavite, genellikle mandibular kanalın altında birinci büyük azı dişi ile angulus mandibula arasındaki bölgede lokalizedir^{3,14}. SKK genelde semptomsuz olduğundan tesadüfen saptanır ve çoğunlukla hayatın 5-7. dekatları arasında erkeklerde görülmektedir^{2,3,11}. Biyopsi almaya veya herhangi bir tedavi uygulamaya gerek yoktur¹⁰.

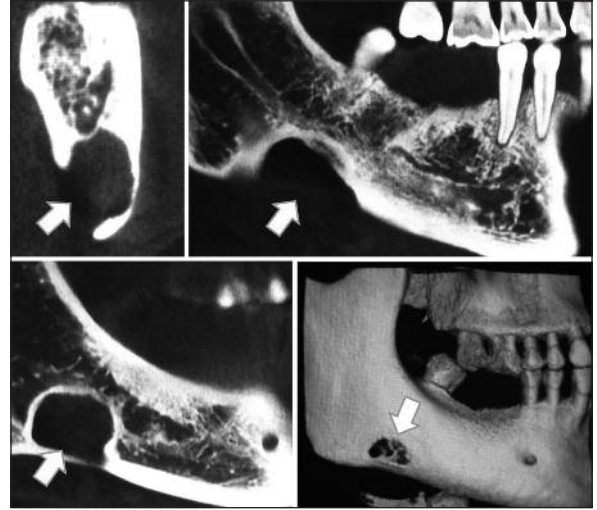
Bu makalenin amacı, panoramik radyografide fark edilip bilgisayarlı tomografi ile teşhisi konulan, nadir olarak görülen SKK'ya sahip iki olguyu sunmaktır.

OLGU 1

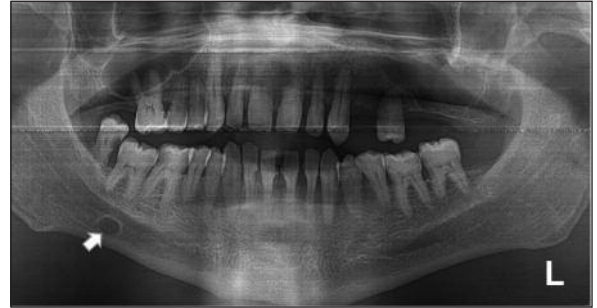
Kliniğimize sağ alt yirmi yaş dişindeki ağrı şikayeti ile başvuran 38 yaşındaki bayan hastadan alınan panoramik röntgende, sağ alt yirmi yaş dişinin altında iyi sınırlı oval radyolüsent alan saptandı (Resim 1). Hastanın sistemik olarak sadece astım hastası olduğu öğrenildi. Yirmi yaş dişi ile ilişkisinin olmaması, semptomsuz olması ve mandibular kanalın altında olmasından dolayı SKK olabileceği düşünüldü. Sağ alt yirmi yaş dişinin çekimine karar verildi ve çekim öncesi tanıyı doğrulamak için hastadan bilgisayarlı tomografi istendi. Tomografide kistik bir



Resim 1. Olgu 1'e ait SKK'nın panoramik görüntüsü



Resim 2. Olgu 1'e ait SKK'nın Bilgisayarlı tomografi görüntüsü

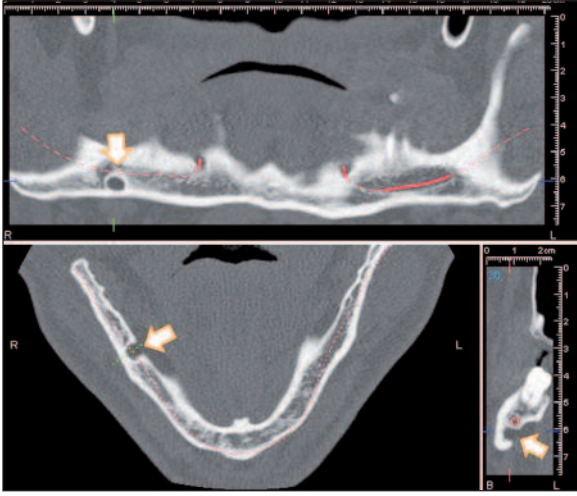


Resim 3. Olgu 2'ye ait SKK'nın panoramik görüntüsü

görünüme sahip lezyonun yirmi yaş dişi ile ilişkide olmadığı saptandı. Radyolüsent alanın kistik bir lezyon olmadığı ve submandibular tükürük bezinden kaynaklı bir kavite olabileceği görüldü. Kavite yaklaşık 10x15 mm boyutlarında oval bir görünüme sahipti (Resim 2). Sağ alt yirmi yaş dişi travmatik bir şekilde çekildi.

OLGU 2

Sağ alt yirmi yaş dişi bölgesindeki ağrı şikayeti ile kliniğimize başvuran 52 yaşındaki erkek hastadan alınan panoramik röntgende, mandibular kanalın altında, iyi sınırlı, yuvarlak, radyolüsent kistik bir alan tespit edildi (Resim 3). Kistik lezyonun SKK olabileceği düşünüldü ve hastadan bilgisayarlı tomografi istenildi. Tomografide, inferior alveoler kanalın hemen altında, yaklaşık 6 mm boyutunda ve lingual mandibular kortekste defekt olan kavite varlığı saptandı (Resim 4). Kaviteye SKK tanısı konuldu.



Resim 4. Olgu 2'ye ait SKK'nın Bilgisayarlı tomografi görüntüsü (kırmızı çizgi; mandibular kanalın görüntüsü)

TARTIŞMA

Stafne'nin kemik kavitesinin oluşum nedeni tam olarak anlaşılamamasına rağmen, çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Stafne'nin hipotezine göre lingual bölgedeki kavite; kemik depozisyon eksikliğine neden olan kartilajenöz doku tarafından meydana getirilmektedir^{4,13}. "Hiperplastik tükürük bezi dokusundan kaynaklı lingual mandibular kortikal kemik erozyonu", bu teorilerden başka bir tanesidir. Anatomik bulgular da bu teoriyi kuvvetlendirmektedir¹⁰. Kavite içerisinde tükürük bezi dokusunun varlığı sialografi ile doğrulanabilir^{10,11} fakat SKK'nın görünümü genelde patognomonik olduğundan dolayı röntgende de teşhis edilebilir¹⁰.

Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 4 kat daha fazla görülmektedir³. 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 edilmiştir³.

SKK genellikle rutin radyografilerle odontojenik kist ya da tümör benzeri yapılara benzemesiyle teşhis edilmektedir⁴. Panoramik görüntüleme teşhis için yeterli görülmesine rağmen bazen radiküler kist, rezidüel kist, lateral periodontal kist gibi atipik kistik lezyonlar için tanımlayıcı olmayabilir^{2,15}. Böyle durumlarda kesin tanı için ilave görüntüleme teknikleri gereklidir. Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve sialografi SKK için tanı konulmasında kullanılmaktadır⁴. SKK'nın teşhisi için iki boyutlu görüntülerin üç

boyutlu görüntü yöntemleri ile desteklenmesi gerektiği rapor edilmiştir^{2,12}. Sialografide kavite içerisinde tükürük bezi yapıları mevcut ise sialografi yararlı olabilmektedir⁴. Ancak sialografilerinde negatif olarak gösterilen olguların cerrahi operasyonlarında SKK'de tükürük bezi benzeri yapılar gösterilmiştir. Ayrıca sialografinin uygulama zorluğu, hasta için konforsuz olması ve hastanın iyonize radyasyona maruz kalması gibi dezavantajları mevcuttur. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans SKK'de tanıyı doğrulamak için kullanılan tekniklerdir. Manyetik rezonansın avantajı hastanın iyonize radyasyona maruz kalmaması ve yumuşak doku görüntüleme üstünlüğüdür. Dezavantajları ise dental materyallere bağlı olan distorsiyon artefaktı olması ve sürenin uzun olmasına bağlı olan hasta konforunun iyi olmamasıdır². SKK için biyopsi ya da herhangi bir tedavi yapmaya gerek yoktur. SKK'nın takip edilmesi yeterlidir. Çeşitli varyantları olmasına karşın SKK literatürde genellikle posterior lingual varyasyon için kullanılan bir terimdir. Posterior lingual varyasyon anterior varyasyona göre 7 kat daha fazla görülmektedir. Posterior varyasyonun radyografik olarak teşhis edilme insidansının % 0,10–0,48 arasında değiştiği görülmektedir. Kadavra üzerindeki çalışmalara göre ise bu oran % 6,6'aya kadar çıkmaktadır⁹. Şahin ve arkadaşları¹⁴ yaptıkları çalışmada, 1471 hastanın sadece 8'inde alt çene gövdesi veya angulus mandibulada SKK saptamışlardır. Literatürde az sayıda da olsa, anterior mandibulada ektopik tükürük bezinden⁵, kaninler bölgesinde çift taraflı olarak sublingual tükürük bezinden⁸ ve küçük azı dişleri bölgesinde sublingual tükürük bezinden^{1,3} kaynaklı olduğu düşünülen ve SKK tanısı konulan olguların rapor edildiği görülmüştür. SKK'ların çoğu tek taraflıdır ve posterior mandibulada yer alır. Çift taraflı görülmesi oldukça nadirdir⁶.

İleri derecede rezorbe olmuş çenelerde, özellikle de alt çenede iyi bir prognoza sahip total protez yapmak güçtür. Kale ve Beydemir⁷ önemli derecede rezorbe olmuş alt çenede protezin retansiyon ve stabilitesini arttırmak için SKK'nın varlığından yararlanılmasının protezin prognozunu olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, bu tür lezyonların varlığında, hekimler ilave radyografik tetkikler isteyerek gereksiz cerrahi işlemlerin yapılmasını engellemiş olurlar.

KAYNAKLAR

1. Bornstein MM, Wiest R, Balsiger R, Reichart PA. Anterior Stafne's bone cavity mimicking a periapical lesion of endodontic origin: report of two cases. *J Endod* 2009; 35: 1598-1602.
2. Branstetter BF, Weissman JL, Kaplan SB. Imaging of a Stafne bone cavity: what MR adds and why a new name is needed. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999; 20: 587-589.
3. De Courten A, Küffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 460-464.
4. 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.
5. Dorman M, Pierser D. Ectopic salivary gland tissue in the anterior mandible: a case report. *Br Dent J* 2002; 193: 571-572.
6. Herbozo Silva P, Briones Sindermann D, Martinez Rondanelli B. Giant mandibular bone defect: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 145-150.
7. Kale E, Beydemir K. Total protez retansiyonunda Stafne kemik kavitesi'nden yararlanım: olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2004; 10: 90-93.
8. Queiroz LM, Rocha RS, de Medeiros KB, da Silveira EJ, Lins RD. Anterior bilateral presentation of Stafne defect: an unusual case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 613-615.
9. Quesada-Gomez C, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: 277-280.
10. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RCK. Oral pathology-clinical-pathologic correlations. Philadelphia: WB Saunders Co, 2003; 259-260.
11. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity-magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E345-347.
12. Sekerci AE, Sisman Y, Etoz M, Aksu Y. Aberrant location of salivary gland inclusion: report of a case with review of the literature. *European Journal of Radiology Extra* 2011; 79: e27-31.
13. Stafne E. Bone cavities situated near the angle of the mandible *J Am Dent Assoc* 1942; 29: 1969-1972.
14. Şahin M, Görgün S, Güven O. Stafne Kemik Kavitesi. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2005; 11: 39-42.
15. Turkoğlu K, Orhan K. Stafne bone cavity in the anterior mandible. *J Craniofac Surg* 2010; 21: 1769-1775.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Şeref EZİRGANLI

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

e-posta: seref.ezircanli@gmail.com