

## Multiple Flebolitlerle Birlikte Görülen Hemanjiyomlar: Vaka Serisi

### Hemangiomas Associated With Multiple Phlebolites: Case Series

Gülçin KILCI<sup>1</sup>, Özge DÖNMEZ TARAĞCI<sup>2</sup>, Gökhan ÖZKAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD, Aydın, Türkiye

<sup>2</sup>İstinye Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD, Türkiye

**ÖZET:** Hemanjiyomlar, vasküler yapılardan kaynaklanan benign infantil lezyonlardır. Hemanjiyomlar histolojik olarak kapiller, kavernöz ve mikst tipler olarak sınıflandırılır. Hemanjiyomların çoğu tedavi olmaksızın kendiliğinden kaybolur. Hemanjiyomların %15'i baş ve boyun bölgesinde bulunurken, bunların sadece %1'i iskelet kasında ortaya çıkar. Flebolitler, hemanjiyomun patognomonik özelliği olarak düşünülebilecek kalsifiye nodüllerdir. Bu olgu serisi ile flebolitli hemanjiyomların klinik ve radyolojik özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Flebolit, hemanjiyom, panoramik radyografi

**ABSTRACT:** Hemangiomas are benign infantile lesions originating from vascular structures. Hemangiomas are histologically classified as capillary, cavernous and mixed types. Majority of hemangiomas disappear spontaneously without treatment. 15% hemangiomas are in the head and neck region while only 1% of those arise in skeletal muscle. Phlebolites are calcified nodules that can be considered as a pathognomonic feature of hemangioma. With this case series we aimed to describe clinical and radiological features of hemangiomas with phlebolites.

**Keywords:** Phlebolite, hemangioma, panoramic radiography

## GİRİŞ

Hemanjiyom, çocukluk döneminde hızlı büyüme ve genişleme evresini takiben yavaş bir gerileme dönemi gösteren infantil bir tümördür. Hemanjiyomlar, çocukluk çağında majör tükürük bezlerinin, en sık görülen tümörleridir. En sık parotis bezinde daha az olarak da submandibüler bezde tespit edilirler. Kavernöz, kapiller ve miks olmak üzere 3 tipi vardır. Genellikle yaşamın ikinci veya üçüncü on yılında tespit edilirler. En sık görülen belirti, fluktuan, yavaş büyüyen, palpe edilebilen bir kitledir. Hemanjiyomun üstünü örten deri, sıklıkla artmış damarlanma gösterir ve mavimsi bir renktedir. Hemanjiyomların kıvrımlı damarsal yapılar içermesi ve kan akış hızının azalması tromboz meydana gelme olasılığını artırmaktadır. Hemanjiyom içerisinde kan akımındaki değişiklikler nedeniyle trombüs ve flebolitler izlenebilir. Flebolitler, daha çok kavernöz tip hemanjiyomlarda izlenir. Standart radyografilerde izlenen kalsifiye flebolit nodülleri hemanjiyom lezyonunun varlığını düşündürmektedir (1-5).

Tromboza sekonder venöz kalsifikasyonlar klasik olarak flebolitler ile temsil edilir, daha yoğun bir kenar ve merkezi bir berraklık ile fokal, iyi tanımlanmış bir kalsifikasyon ile temsil edilir. Radyografik olarak flebolitler, konsantrik radyolüsent veya radyopak laminasyonlu oval yapılar olarak bulunur (6). Çapı 1 ila 5 mm arasında değişir, ancak 1 cm veya daha büyük olabilir (7). Sıklıkla pelvis ve alt ekstremitelerde görülür (8). Flebolitler, çocukluk çağındaki venöz malformasyonun erişkininde tek belirtisi olabilir, çünkü bunlar genellikle ağrısızdır (9, 10). Oral mukozanın çocukluk çağı venöz malformasyonlarının travması ve gerilemesi, izole bir flebolit oluşumu için nedensel olarak kabul edilir (10).

Düz radyografiler, flebolitlerin tipik görünümünü gösterir ve ayırt etmeye yardımcı olabilir. Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik

rezonans görüntüleme (MRI) ve ultrasonografi de bu lezyonları ayırt etmek için yararlıdır (11). Maksillofasiyal bölgede yumuşak doku kalsifikasyonları yaygındır ve panoramik radyografide tespit oranı yaklaşık %19–19,7'dir. Bununla birlikte, panoramik radyografinin geniş anatomik kapsamı dikkate alındığında, flebolit gibi birçok kalsifikasyon görselleştirilebilir (12).

Hemanjiyomların tedavisi lokalizasyonu, ulaşılabilirlik, invazyon derinliği, yaş ve kozmetik görünüm gibi faktörlerle yapılır. Tedavi seçenekleri arasında kortikosteroidler, interferon alfa 2a veya interferon alfa 2b, besleyici damarların ligasyonu, kriyoterapi, embolizasyon ve skleroterapi, fibröz ajanlar ve lazerler yer alır. Lezyonların periyodik takibi de tedavi seçenekleri arasında bulunmaktadır (4).

## OLGU SUNUMU

Bu olgu serisinde fakültemiz Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na başvuran bilgilendirilmiş onam formu alınmış olan 5 hastanın flebolitli baş ve boyun hemanjiyomu olgusunu ve bunların panoramik radyografi özelliklerini sunmayı amaçladık.

### Olgu 1

Hiperkolesterolemi öyküsü olan 32 yaşındaki erkek hasta 46 numaralı dişte ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan panoramik radyografide, hedef tahtası şeklinde, çevresi düzgün, radyoopasite gösteren gelişmiş güzel dağılımlı flebolit görünümü ile uyumlu lezyonlar izlendi (Şekil 1). Hastanın acil olan diş tedavileri yapıldı ve hasta kulak burun boğaz polikliniğine konsülte edildi. Konsültasyon hekimi tarafından klinik ve ultrasonografik inceleme sonucu ilgili bölgede hemanjiyomlar tespit edildi.



**Şekil 1.** Sağ mandibular bölgedeki yaygın flebolitlerin panoramik radyografi görünümü



**Şekil 3.** Sağ mandibular bölgedeki flebolitlerin panoramik radyografi görünümü



**Şekil 2.** Sol submandibular bölgedeki flebolitlerin panoramik radyografi görünümü



**Şekil 4.** Sağ ve sol mandibular bölgedeki flebolitlerin panoramik radyografi görünümü

#### **Olgu 2**

Sistemik olarak sağlıklı, 29 yaşındaki kadın hasta sol submandibular bölgede şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ağız içi muayenede herhangi bir bulguya rastlanılmadı. Alınan panoramik radyografıda sol mandibular bölgede multiple, küçük ve düzensiz şekilli, kemik dansitesinden daha yoğun olan radyoopasiteler izlendi (Şekil 2). Hasta kulak burun boğaz polikliniğine konsülte edildi. Konsültasyon hekimi tarafından klinik ve ultrasonografik inceleme sonucu, sol alt bölgedeki şişlik ile karakterize lezyona hemanjiyom tanısı konuldu. Kliniğimizde ayırıcı tanısında tonsilolit ve siyalolit de düşünülen radyopak lezyonlara flebolit tanısı konuldu.

#### **Olgu 3**

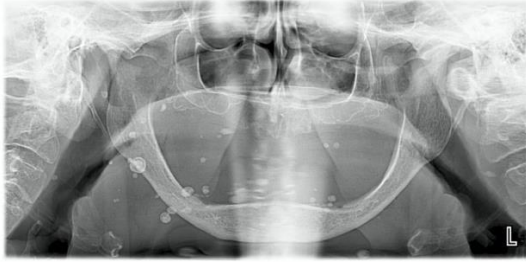
Hipertansiyon ve diyabet öyküsü olan 72 yaşındaki kadın hasta protetik tedavi amacıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın ağız içi yumuşak dokularında, herhangi bir patolojiye rastlanılmadı.

Alınan panoramik radyografıda rastgele dağılım gösteren, çevresi düzgün, yuvarlak şekilli ve hedef tahtası görünümündeki lezyonlara flebolit tanısı konuldu (Şekil 3). Hastadan alınan detaylı medikal öyküde daha önce kulak burun boğaz polikliniğinde yapılan incelemeler sonrası ilgili bölgeye hemanjiyom tanısı konulduğu öğrenildi.

#### **Olgu 4**

Hipertansiyon öyküsü bulunan 57 yaşındaki kadın hasta kliniğimize 37 numaralı dişteki ağrı şikayeti ile başvurdu. Dental tedavi prosedürü için hastadan alınan panoramik radyografıda sağ ve sol mandibular bölgede yuvarlak, lamelli yapıda kalsifiye lezyonlar izlendi (Şekil 4). Acil dental tedavileri tamamlanan hasta kulak burun boğaz polikliniğine konsülte edildi. Konsültasyon hekimi tarafından klinik ve ultrasonografik inceleme sonucu, ilgili bölgelerde hemanjiyom varlığı saptandı.

Kliniğimizde radyografide tespit edilen kalsifiye lezyonlara flebolit tanısı konuldu.



**Şekil 5.** Panoramik radyografte hastadaki yaygın flebolitlerin görünümü

### **Olgu 5**

Sistemik olarak sağlıklı, 73 yaşındaki kadın hasta protetik tedavi için kliniğimize başvurdu. Dental prosedürler için alınan panoramik radyografte yaygın, radyopak, laminasyon özelliği gösteren oval yapılar izlendi (Şekil 5). Hastanın detaylı anamnezinde baş boyun bölgesinde daha önceden hemanjiyom tanısı aldığı öğrenildi. Panoramik radyografte görülen lezyonlara flebolit tanısı konuldu.

### **TARTIŞMA**

Hemanjiyomların anormal şekilde farklılaşmış ve çoğalan endotel hücre ağından kaynaklanan konjenital vasküler malformasyonlar olduğu düşünülmektedir. Tüm vakaların yaklaşık yarısı yaşamın ilk on yılında, büyük çoğunluğu ise yaşamın üçüncü on yılının sonundan önce görülür. Cinsiyet tercihi yoktur. Hemanjiyomlar tüm vücutta görülebilmelerine rağmen iskelet kasında sadece %1 oranında ortaya çıkar. İskelet kasında görülen hemanjiyomların % 15'i baş ve boyun bölgesindedir. Masseter kası en sık görülen bölgedir (% 36). Bunu trapezius, sternokleidomastoid, temporalis, mylohyoid, mentalis, buccinators kasları, dudak, dil, ve tükürük bezleri izler. Klinik olarak ağrı, genişleme hızına, komşu anatomik yapılar üzerindeki baskıya ve tromboza bağlıdır (3, 4, 13).

Venöz malformasyonlar ve flebolitler nadiren birlikte görülür. Flebolit oluşumu venöz malformasyon vakalarının yaklaşık % 25-40'ında görülür. Hemanjiyom veya vasküler

malformasyonla izlenen flebolitler, vasküler kanallar içinde bulunan kalsifiye trombüsler olarak tanımlanırlar. Bir damar duvarının yaralanmasından veya kan akışının durgunluğundan kaynaklanırlar. Flebolitler genellikle asemptomatiktir. Klinik olarak fluktuan, yavaş büyüyen, palpe edilebilen mavimsi mor bir kitle şeklinde görülürler. Erken çocukluk döneminde şişlik olabilir (3-5). Radyolojik olarak, radyopak veya radyolüsent görülebilirler. Gelişmekte olan flebolitlere fibrinli bir bileşen eklenmesiyle gerçekleşen kasifikasyonun katmanlar oluşturması nedeniyle flebolitler genellikle eş merkezli bir halka veya soğan benzeri bir görünümde izlenirler (5, 14, 15). Ayırıcı tanıda sialolithiasis yabancı cisimler, tonsillolitler, karotid arterdeki aterosklerotik plaklar, travmatik miyozit ossifikans, kalsifiye akne lezyonları, sistiserkoz, neoplazmalar ve tüberküloz dahil kalsifiye lenf düğümlerini içerir (5-9). Düz röntgenler, kalsifiye cisimlerin tipik görünümünü gösterir ve bu varlıkları ayırt etmeye yardımcı olabilir (3, 16-18). Sunulan 5 olgu da asemptomatik olup rutin radyografik muayene esnasında tespit edildi. Olgu 2 dışındaki olguların tümünün panoramik radyografilerinde flebolitlerin, “boğa gözü” ya da “hedef tahtası” olarak tanımlanan karakteristik radyolojik görüntüsü izlendi.

Flebolitlerin ve sialolitlerin bazı ayırt edici radyolojik özellikleri vardır. Flebolitler klasik olarak lamellar morfolojiye ve radyopak veya radyolüsent bir merkeze sahip dairesel radyopasiteler olarak tanımlanırlarken sialolitler büyük olduklarında lamellar görünüme sahip olurlar, genellikle tek tip radyopaktır. Sialolitler genellikle kanal içinde şekillenir ve uzanırken flebolitler genellikle daireseldir. Soliter sialolit, çoklu sialolitlerden daha yaygın olarak görülürken, flebolitler genellikle çokludur. Son olarak, sialolitler Wharton kanalında Stensen'in kanalından daha fazla lokalize olurken flebolitler ağırlıklı olarak parotis bezinde bulunur (16, 17, 19-21). Olgu

2'ye lezyon yerleşimi ve görünümü nedeniyle sialolit ayırıcı tanısı eklenmiştir.

Kalsifiye akne lezyonları yüzeysel lezyonlar oldukları için klinik bulgulara dayanılarak kolaylıkla dışlanabilir. Düz radyografilerde kalsifiye cisimlerin görünümü, diğer antitelerden ayırt etmeye yardımcı olabilir. Travma ile ilişkili olan ve bazen masseter kasında ortaya çıkan travmatik miyozit ossifikans, kas lifleri boyunca tüylü bir yapıya veya çizgili bir doğrusal morfolojiye sahiptir. Tüberkülozla ilişkili lenfadenopati, bir zincirde karnabahar şeklinde bir model oluşturur (20, 22).

Karotid arterdeki aterosklerotik plaklar panoramik radyograflarda, hyoid kemiğin büyük boynuzunun süperior veya inferiorunda sıklıkla 3. ve 4. servikal vertebralar arasında izlenen genellikle çok sayıda, düzensiz şekilli ve heterojen radyopak radyolüsent görüntü verebilen kalsifikasyonlardır. Çevre yumuşak dokulardan keskin bir şekilde ayrılan dikey çizgisel bir düzlemde görülür (17, 23, 24).

Tonsillerin kronik enflamasyonunun neden olduğu distrofik kalsifikasyonlar olarak tanımlanan tonsillolitler panoramik radyograflarda süperpozisyonlar nedeniyle ramus yüksekliğinin orta kısmında birkaç tane küçük radyopasite olarak görülürler (17, 23-25).

Düz radyografiler kalsifiye cisimlerin tipik görünümü nedeniyle tanıya yardımcı olabilir ve bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve ultrasonografi doğru tanı koymak için daha yararlıdır. Yuvarlak, pürüzsüz ve lamine flebolitlerin varlığı, kavernoöz hemanjiyom için patognomoniktir. Fakat panoramik radyografide izlenen yumuşak doku kalsifikasyonlarının tanısı ultrasonografi, manyetik rezonans veya bilgisayarlı tomografi ile doğrulanmalıdır (12, 26, 27).

## SONUÇ

Diş hekimleri, yanlış tanı ve tedaviden kaçınmak için dentomaksillofasiyal bölgenin

yumuşak doku kalsifikasyonlarını tanımlayabilmelidir. Bu açıdan diş hekimleri için günlük klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılan panoramik radyografi, flebolitleri diğer lezyonlardan ayırt etmek ve teşhis etmek için basit, zahmetsiz ve ulaşılabilir bir yöntem olarak görülmektedir. Klinisyenler gereksiz tedavilerden kaçınmak ve hastaları gerekli durumlarda tıp hekimlerine yönlendirebilmek için mevcut tanı yaklaşımlarını takip etmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Adams DM, Lucky AW. Cervicofacial vascular anomalies. I. Hemangiomas and other benign vascular tumors. *Semin Pediatr Surg.* 2006;15(2):124-32
2. Mohan RPS, Dhillon M, Gill N. Intraoral venous malformation with phleboliths. *Saudi Dent J.* 2011;23(3):161-3.
3. Mandel L, Surattanont F. Clinical and imaging diagnoses of intramuscular hemangiomas: the wattle sign and case reports. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(6):754-8.
4. Altuğ HA, Büyüksoy V, Okçu KM, Doğan N. Hemangiomas of the head and neck with phleboliths: clinical features, diagnostic imaging, and treatment of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103(3):60-4.
5. Sivrikaya EC, Cezairli B, Ayrancı F, Omezli MM, Erzurumlu ZU. Buccal vascular malformation with multiple giant phleboliths: a rare case presentation and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg.* 2019;23(3):375-80.
6. Gouvêa Lima GDM, Moraes RM, Cavalcante ASR, Carvalho YR, Anbinder AL. An isolated phlebolith on the lip: an unusual case and review of the literature. *Case Rep Pathol.* 2015;2015.
7. Parker Jr LA, Frommer HH. Phleboliths: Report of a case. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1964;18(4):476-80.
8. Freire V, Moser TP, Lepage-Saucier M. Radiological identification and analysis of soft tissue musculoskeletal calcifications. *Insights imaging.* 2018;9(4):477-92.

9. Hassani A, Saadat S, Moshiri R, Shahmirzadi S. Hemangioma of the buccal fat pad. *Contemp Clin Dent*. 2014;5(2):243.
10. Zachariades N, Rallis G, Papademetriou J, Konsolaki E, Markaki S, Mezitis M. Phleboliths. A report of three unusual cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1991;29(2):117-9.
11. Kato H, Ota Y, Sasaki M, Arai T, Sekido Y, Tsukinoki K. A phlebolith in the anterior portion of the masseter muscle. *Tokai J Exp Clin Med*. 2012;37(1):25-9.
12. Moreira-Souza L, Michels M, Lagos de Melo LP, Oliveira ML, Asprino L, Freitas DQ. Brightness and contrast adjustments influence the radiographic detection of soft tissue calcification. *Oral Dis*. 2019;25(7):1809-14.
13. Lee JK, Lim SC. Intramuscular hemangiomas of the mylohyoid and sternocleidomastoid muscle. *Auris Nasus Larynx*. 2005;32(3):323-7.
14. Meyer JS, Hoffer F, Barnes P, Mulliken J. Biological classification of soft-tissue vascular anomalies: MR correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 1991;157(3):559-64.
15. Scolozzi P, Laurent F, Lombardi T, Richter M. Intraoral venous malformation presenting with multiple phleboliths. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;96(2):197-200.
16. Bar T, Zagury A, London D, Shacham R, Nahlieli O. Calcifications simulating sialolithiasis of the major salivary glands. *Dentomaxillofac Radiol*. 2007;36(1):59-62.
17. Carter LC. Soft tissue calcifications and ossifications. *Oral Radiology: Elsevier*; 2014. p. 524-41.
18. Keberle M, Robinson S. Physiologic and pathologic calcifications and ossifications in the face and neck. *Eur Radiol*. 2007;17(8):2103-11.
19. Dempsey E, Murley R. Vascular malformations simulating salivary disease. *Br J Plast Surg*. 1970; 23:77-84.
20. O'riordan B. Phleboliths and salivary calculi. *Br J Oral Surg*. 1974;12(2):119-31.
21. Su Yx, Liao Gq, Wang L, Liang Yj, Chu M, Zheng Gs. Sialoliths or phleboliths? *Laryngoscope*. 2009;119(7):1344-7.
22. Katz JO, Langlais RP, Underhill TE, Kimura K. Localization of paraoral soft tissue calcifications: the known object rule. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1989;67(4):459-63.
23. Carter LC. Discrimination between calcified triticeous cartilage and calcified carotid atheroma on panoramic radiography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000;90(1):108-10.
24. Scarfe W, Farman A. Soft tissue calcifications in the neck: Maxillofacial CBCT presentation and significance. *AADMRT Currents*. 2010;2(2):3-15.
25. Balaji Babu B, Avinash Tejasvi M, CK AA, Chittaranjan B. Tonsillolith: a panoramic radiograph presentation. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(10):2378.
26. Capote TS, Almeida Gonçalves MD, Gonçalves A, Gonçalves M. Panoramic radiography—diagnosis of relevant structures that might compromise oral and general health of the patient. *Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry*. 2015. p. 748
27. Peter T, Cherian D, Peter T. Calcifications in Neck Region: an Insight. *Cukurova Medical Journal* 2015;40(2):326-329.

Kılıcı G, Tarakçı ÖD ve Özkan G. "Multiple Flebolitlerle Birlikte Görülen Hemanjiyomlar: Vaka Serisi" *Van Dentistry Journal* 2021;2(2):42-47