

KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİLİ BİR HASTADA PERİAPİKAL RAREFRAKSİYON ODAKLARI: OLGU SUNUMU*

PERIAPICAL RAREFACTION FOCI OF A PATIENT WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA: A CASE REPORT

*Sertan ERGUN¹, Gülsüm AK¹, Prof. Dr. Misten DEMİRYONT²,
Esma KÜRKLÜ¹, Prof. Dr. Hakkı TANYERİ¹*

ÖZET

Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), lösemnin en sık karşılaşılan formu olup, lösemnin diğer tiplerine oranla prognozu çok daha iyidir. KLL'nin ağız içi belirtileri gingival hiperplazi, oral ülserasyonlar, gingival infeksiyonlar ve gingival kanamadır. Vakamız, 41 yaşında, erkek, asemptomatik KLL hastası olup, radyolojik görüntüsünde vital olan alt ve üst I. molar dişlerin apeksleri ile sağ üst I. kesici dişin apeksini çevreleyen rarefaksiyon odakları gözlenmekteydi. Etkilenen dişler çekildi ve kistik lezyonlar opere edildi. Lezyonların histopatolojik incelemeleri sonucunda küçük lenfoplasmatik infiltrasyonlar gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Kronik lenfositik lösemi, oral komplikasyonlar, lenfoplasmatik infiltrasyon

ABSTRACT

Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) is the most common form of leukemia with a prognosis better than any form of the disease. Oral manifestations of CLL are gingival hyperplasia, oral ulcerations, gingival infections and gingival bleeding. We hereby report a 41-year-old male with a history of asymptomatic chronic lymphocytic leukemia, presenting periapical rarefaction foci radiologically localized at maxillary and mandibular first molar and maxillary first right incisor regions. The teeth had vital pulps. Affected teeth were extracted and lytic lesions were operated. Histologic examination of the obtained tissue revealed small lymphoplasmacytic infiltrations.

Key Words: Chronic lymphocytic leukemia, oral manifestations, lymphoplasmacytic infiltration

* Bu çalışma, Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği 11. Uluslararası Bilimsel Kongrede Poster olarak sunulmuştur.

¹ Dt. İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

² İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

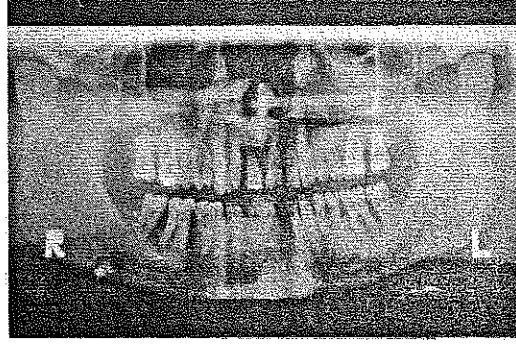
Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), 50 yaşından sonra en sık rastlanan lösemi tipi olup, hastaların % 95'inde klonal B lenfositlerin yavaş birikimi sonucu meydana gelir (1). Hastalığın bu tipinin prognozu, diğer tiplerine oranla daha iyidir. Ortalama yaşam süresi 4-5 yıl olmak üzere, hastalığın evrelerine göre 2-14 yıl arasında değişiklik gösterir (2). KLL'nin erken sistemik bulguları halsizlik, süperfisiyal lenfadenopati ve splenomegalidir (3). KLL'de lösemik infiltrasyon karaciğer, dalak, beyin, farinks, akciğer, kalp ve gastrointestinal sistem gibi birçok organ ve sistemi etkileyebilir (4-7). KLL'de oral tutulum hastaların % 65-90'ında görülür (1,8). Ağız içi belirtiler, generalize dişeti hiperplazisi, dişetinde anestezisi ve/veya parestezi, oral ülserler, dişeti iltihabı, spontan dişeti kanaması ve periodontal yıkım şeklinde ortaya çıkar (9,10). Pulpa, periapikal dokular ve çene kemiklerinde lenfoplazmatik infiltrasyonun görüldüğü az sayıda vaka rapor edilmiştir (11-15). Amacımız, dişeti ve yumuşak doku bulguları olmaksızın, alt ve üst çenesinde 16, 11, 26, 36, 46 no'lu dişlerin periradiküler alanlarda lenfoplazmatik infiltrasyon tespit ettiğimiz olguyu sunmaktır.

OLGU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı polikliniğinden fokal enfeksiyon açısından değerlendirilmek üzere İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine yönlendirilen 41 yaşındaki erkek hastadan alınan anamnezde, hastanın 2 yıl önce bilateral lenfadenopati nedeniyle Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı kliniğine başvurduğu, yapılan tetkikler sonucu KLL (CD5 (+), B-hücreli, Rai 0, Bivette A) teşhisi konulduğu ve takiplerde lenfositlerin katlanma zamanının 12 aydan uzun olduğu için tedaviye gerek görülmediği ve bu nedenle asemptomatik olarak değerlendirildiği öğrenildi.

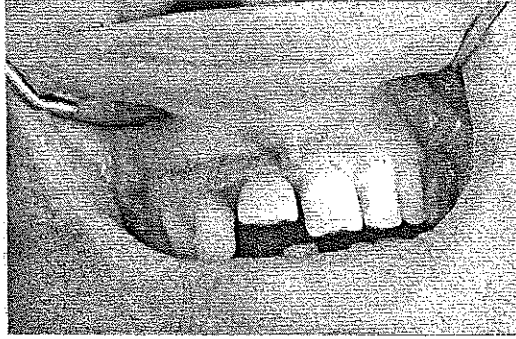
Yapılan ağız içi muayenede, oral hijyenin iyi, yumuşak ve sert dokuların normal olduğu gözlemlendi. Panoramik radyografide sağ üst 1. kesici dişin apeksi bölgesi ile alt ve üst, sağ ve sol 1. büyüküka-

dişlerinin apekslerini çevreleyen yaygın radyolüsent rarefaksiyon alanları saptandı (Resim 1). İlgili



Resim: 1

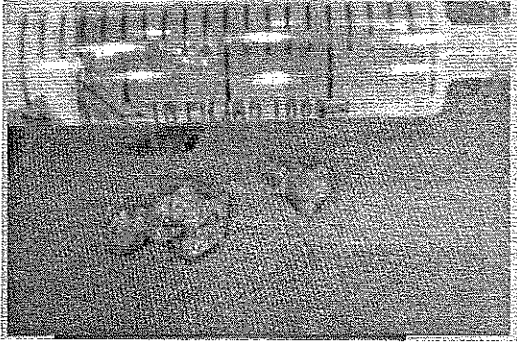
dişlerde çürük, travma hikayesi, internal rezorbsiyon gibi pulpitis için kesin sayılan etyolojik faktörler bulunmamaktaydı. Diğer bölgelerdeki alveol kemiği rezorbsiyonu fizyolojik sınırlar içerisinde idi. Sağ üst 1. kesici dişin 1/3 apeksinde eksternal rezorpsiyon gözlemlendi. Etkilenen dişlerin soğuk ve elektriksel vitalite testlerine yanıtı normaldi. İlgili dişlerin sağ üst 1. kesici diş hariç, mobil olmadıkları ve perküsyona da duyarlı olmadıkları belirlendi (Resim 2a). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Has-



Resim: 2a

talıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı polikliniği ile yapılan konsültasyon sonucu etkilenen dişlerin cerrahi çekimi traneksamik asit preparatları (4x1) ile antibiyotik profilaksisi (işlemden 1 saat önce 2 g Amoksilin) uygulanarak lokal anestezi altında, ikişer hafta ara ile planlanan seanslarda gerçekleştirildi (Resim 3a, 3b). Periapikal lezyonlar eksizye edilerek İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji

Anabilim Dalı'na histopatolojik tetkik için gönderildi (Resim 2b, 3c). Yapılan histopatolojik inceleme sonucu (Prot No: 1863-2003) bu lezyonların lenfoplazmositik infiltrasyonlar oldukları belirlendi (Resim 4a, 4b).



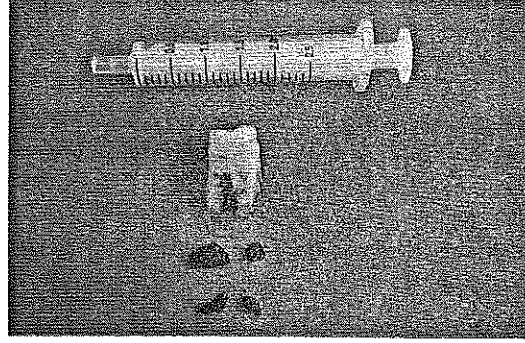
Resim: 2b



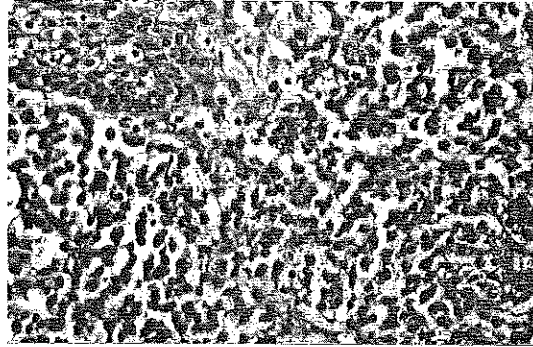
Resim: 3a



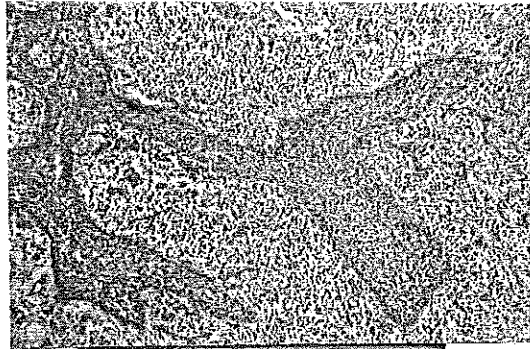
Resim: 3b



Resim: 3c



Resim: 4a



Resim: 4b

TARTIŞMA

Hematolojik malignitelerin yaygın dişeti ve periodontal komplikasyonlarının olduğu bilinmektedir. Henüz aydınlığa kavuşmamış olmakla beraber bu komplikasyonlar akut myeloid lösemide sıkça karşımıza çıkarken, kronik lenfositik lösemide daha nadir olarak görülmektedir (15,16).

Kronik lösemide, çene kemiklerinde lösemik infiltrasyon vakaları çok az rapor edilmiş (14-17) olmasına rağmen, bu durumun aslında daha sıklıkla meydana geldiği fakat teşhiste güçlükler olması nedeniyle vaka rapor sayısının az olduğu düşünülmektedir (12). Nedeni bilinmemekle beraber tanısı konmuş tüm lösemi hastalarının çene kemiklerinde bildirilen lösemik infiltrasyon vakalarının tümü mandibulada ve molar dişlerin periapikal bölgelerinde bulunmaktadır. Vakamızda, lösemik infiltrasyon, maksiller I. molarlar ve maksiller sağ I. kesici dişin periapikal bölgelerinde de izlenmiştir. Dişlerin vital olması, pulpitise neden olabilecek etyolojik faktörlerin bulunmaması ve radyografide dişlerin servikal ve furkasyon bölgelerinde lezyonların dağılımı pulpal-periapikal enfeksiyon için tipik değildi. Bu nedenle, enflamatuvar hastalık akla gelen ilk klinik yaklaşım olsa da, endodontik girişimin yeterli olabileceğini destekleyen bulgu yoktu. Dolayısıyla, ilgili dişlerin çekimi ve lezyonların küretajı yapıldı. Lösemik infiltrasyonun ayrıca verifiyesi, hastanın teşhisinin zaten kliniğimize başvurmadan önce konmuş olması ve hastaya getirdiği ek maliyet nedeniyle yapılmadı. Enfeksiyon riski nedeniyle çekim kavitelerine lokal antihemorajik ajanlar (jelatin sünger, kemik mumu) uygulanmadı.

Genellikle 50 yaşından sonra rastlanılmasına rağmen, KLL'nin gençlik yıllarında hatta çocuklukta görüldüğüne dair bilgiler mevcuttur (3). Bizim hastamızın teşhisi 39 yaşında yapılmış olması itibarıyla, hastalığın ortalama görülme yaşından erken bir yaş dönemi söz konusudur.

KLL'de oral tutulum gösteren dokularda, semptomların görülme sıklığı ve şiddetine göre, tedavi uygulanmaz veya oral klorambusil ve prednison reçete edilerek palyatif tedavi yapılır (18).

Dişhekimleri lösemi ile hastalığın erken veya yaygın, ilerlemiş dönemlerinde ya da bir oral enfeksiyon şeklinde ortaya çıktığında karşılaşabilirler. Baş-boyun bölgesi muayenesi ve dişler, periodontal dokular ve yumuşak dokuları kapsayan detaylı bir ağız içi muayenesi yapılması ve röntgen incelemelerinde periradiküler rarefaksiyon odaklarının tespit edilmesi, dişhekimine, pulpa

patolojisi dışında bir lenfoplazmasitik infiltrasyonu düşündürerek KLL'nin teşhisinde yol gösteririr.

KAYNAKLAR

1. Rai KR, Kalra J. Chronic Lymphocytic Leukemia. In: Brain MC, Carbone PP, Kelton JG, Schiller JH, editors. Current therapy in hematology-oncology. 5th edition St Louis: Mosby 1995; p: 251-254.
2. Schadel R, Goldenberg MH. Chronic Lymphocytic Leukemia of B-cell origin: Oral manifestations and dental treatment planning. J. Am. Dent. Assoc, 1997; 128: 206-210.
3. Montserrat E, Rozman C. Chronic Lymphocytic Leukemia: Prognostic factors and natural history. Baillieres Clin Hematol, 1993; 6: 849.
4. Pohar S, de Metz C, Poppema S, Hugh J. Chronic Lymphocytic Leukemia with CNC involvement. J Neurooncol, 1993; 16: 35-37.
5. Rozman C, Montserrat E. Chronic Lymphocytic Leukemia, current concepts. N Engl J Med, 1995; 333: 1052.
6. Montserrat E, Rozman C. Chronic Lymphocytic Leukemia: present status. Ann Oncol, 1995; 6: 219.
7. Molica S. Infections in Chronic Lymphocytic Leukemia: Risk factors and impact on survival and treatment. Leuk Lymphoma, 1994; 13: 203.
8. Sinrod, HS; Leukemia as a dental problem, J. Am. Dent. Assoc, 1957; 55: 809-818.
9. Chaudhry AP, Sobes WR., Gorlin RJ. Unusual oral manifestations of Chronic Lymphocytic Leukemia. Oral Surg, 1962; 15: 446-449.
10. Wentz FM, Anday G, Orban B. Histopathologic Changes in the gingiva in leukemia. J Periodontol, 1949; 20: 119-128.
11. Porter SR, Matthews RW, Scully C: Chronic Lymphocytic Leukemia with gingival and palatal deposits. J Clin Periodontol, 1994; 21: 559-561.
12. Peterson DE, Gerad H, Williams LT. An unusual instance of leukemic infiltrate. Diagnosis and management of periapical tooth involvement. Cancer, 1983; 51: 1716-1719.

13. Cary A, Shabbir H, Safdar MD, Cherrick H. Gingival Leukemic Infiltration in Chronic Lymphocytic Leukemia. Oral Surg, 1973: 672-674.
14. Hoffman GG. Mandibular involvement in acute lymphocytic leukemia: report of case. J Oral Surg, 1976: 34: 842-845.
15. Morgan LA. Infiltrate of Chronic Lymphocytic Leukemia appearing as a periapical radiolucent lesion. J Endod, 1995: 21: 475-478.
16. Keyes GG, Balaban FS, Lattanzi Da. Periradicular lymphoma: differentiation from inflammation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1998: 66: 230-235.
17. Schreiber S, Debuscher L. Extensive lytic bone lesions in a patient with Chronic Lymphocytic Leukemia. J Radiol, 1988: 71: 497-500.
18. Mckenna SJ. Leukemia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 2000: 89: 137-139.

Yazışma Adresi:

Dt. Sertan ERGUN
İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D.
ÇAPA İSTANBUL
Tel: (212) 414 20 20 – 30322
Fax: (212) 531 22 30
e-mail: sertanergun@yahoo.com