

ĞİNGİVADA SEYREK GÖRÜLEN İYİ HUYLU TÖMÖR; KAPİLLER HEMANJİYOM: OLGU SUNUMU*

A RARE BENIGN TUMOR OF THE GINGIVA; CAPILLARY HEMANGIOMA: A CASE REPORT

Erkan ÖZCAN¹, Deniz FİLİNTE²

ÖZET

Hemanjiyomlar, damar endotelinin ve müköz membranların iyi huylu tümörleridir. Çocukluk döneminde vücudun değişik bölgelerinde sık görülmelerine rağmen, oral kavitenin hemanjiyomları, özellikle mukoza ve dişetinde seyrek görülürler. Bu yazıda dişetinde kanamalı ve gittikçe büyüyen kitle hikayesi olan 21 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hastanın ağız içi muayenesinde sağ üst çene lateral diş hizasında, mukozadan kabarık, yuvarlak, hiperemik, düzgün yüzeyli ve 7mm çapında mavi-kırmızı renkte lezyon görüldü. Eksizyonel biyopsi işleminden sonra histopatolojik araştırması yapılan lezyona kapiller hemanjiyom tanısı koyuldu. Cerrahi işlemden sonraki kontrolde lezyonun bulunduğu bölgenin klinik olarak tamamen normal olduğu görüldü. Hemanjiyomların takibi ve tedavi seçeneğinde hastanın yaşı ve lezyonun klinik özelliğini içeren faktörler kadar lezyonun hacmi ve büyümesi de önemlidir. Tümörün klinik davranışının ve potansiyel komplikasyonların belirlenebilmesi için erken biyopsi ve tanı gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kapiller hemanjiyom, Gingival tümörler, Vasküler lezyon

ABSTRACT

Hemangiomas are benign tumours of the vascular endothelium and mucous membranes. Despite their common occurrence in different areas of the body during the infantile period, hemangiomas of oral cavity especially in mucosa and gingiva are rarely seen. A 21-year-old male patient presented in this paper with a history of bleeding and a gradually growing mass in the gingiva. Patient's intraoral examination revealed a raised, round, hyperemic, smooth-edged and blue-red pigmented mass of 7mm in diameter located on the right maxillar gingiva, near the second incisive teeth, including alveolar mucosa. After excisional biopsy, the lesion was diagnosed as capillary hemangioma. Clinical control of the surgical region was completely normal. Management of hemangiomas and the treatment of choice depend on several factors including the age of patient and clinical characteristics of the lesion, as well as their size and extent. Early detection and biopsy are necessary to determine the clinical behavior of the tumour and potential dentoalveolar complications.

Key Words: Capillary hemangioma, Gingival tumours, Vascular lesion

* Türk Periodontoloji Derneği 40. Bilimsel Kongresi, İzmir' de 14-16 Mayıs 2010 tarihinde poster olarak sunulmuştur.

¹ Dr. Dt., Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi.

² Dr., Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Patoloji Bölümü.

GİRİŞ

Hemanjiyomlar, proliferatif ve hiperplazik vasküler endotelden oluşan iyi huylu tümörlerdir (1-3). Kapiller ve kavernoza olmak üzere iki tipte görülürler. Histolojik olarak kapiller tip çok sayıda küçük ve sınırlı damar yapılarından, kavernoza tip ise yer yer kistik kaverno yapıları oluşturan damarlardan oluşurlar (1, 4). Çocukluk döneminde vücudun değişik bölgelerinde sık görülmelerine rağmen, oral kavitenin hemanjiyomları, özellikle mukoza ve dişetinde seyrek görülürler (5, 6). Bayanlarda görülme sıklığı erkeklerden daha yüksektir.7 Ayrıca kapiller hemanjiyomlar kavernoza tip hemanjiyomlardan daha az sıklıkla görülürler.4 Oral kavitede mukoza ve dişetin dışında çiğneme kaslarında, perioral kaslarda, mandibula ve maksillada, kemik içinde ve tükürük bezlerinde görülebilirler (4, 6, 8, 9).

Oral hemanjiyomların tedavisi, buldukları bölgeye, derinliğine, klinik seyirlerine, hastanın yaşına ve sistemik durumuna göre farklılıklar göstermektedir. Lezyonlar genel olarak spontan gerileme özelliği gösterebilmektedir. Bu nedenle kanamaya neden olmadığı ve hastaya rahatsızlık vermediği durumlarda tedavi ertelenip takip yapılabilir. Ancak genel olarak tedavide tercih edilen yöntemler tümörün cerrahi ablasyonu, radyoterapi, sklerozan ajan uygulamaları, kriyoterapi, lezyon içi steroid enjeksiyonları ve lazerdir (2, 3, 6, 10-12).

Bu çalışmada oral kavitede, özellikle de dişetinde seyrek görülen kapiller hemanjiyomun klinik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması, doğru tedavi planlaması için ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken hususların tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

21 yaşında erkek hasta sağ üst dişetinde bir ay önce başlayan, güldüğünde görülmesinden rahatsız olduğu, gittikçe büyüyen tarzda, ağrısız, kanamalı bir kitle şikayeti ile Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğine başvurdu. Hastadan alınan sistemik öyküde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Ağız içi muayenede sağ üst santral ve yan kesici diş hizasında alveoler mukozayı da bir miktar içine alan, yapışık dişetinde dişin apikaline yakın mukozadan kabarık, yuvarlak, hiperemik, düzgün yüzeyli ve 7mm çapında mavikırmızı renkte lezyon görüldü (Şekil 1).



Şekil 1: 21 yaşındaki erkek hastanın sağ üst lateral diş hizasında lezyonun görüntüsü.

Tanı

Lezyon palpasyonda ağrılı ve kanamalıydı. Lenf bezlerinin muayenesinde lenfadenopati gözlenmedi. Ağız hijyeni iyi durumda olan hastada ilgili dişlerde periodontal patolojik cep bulunmadı. Lezyonun apikale yakın olması santral veya lateral dişlerin kök uçlarındaki bir abse ile ilişkili olabileceğini düşündürdü. Görüntü ve lokalizasyon açısından parulisi andırıyordu. Alınan periapikal radyografide dişlerin kök uçlarında radyolojik olarak belirlenebilen herhangi bir patolojik bulgu görülmedi (Şekil 2). Bunun üzerine kontrol amaçlı ilgili dişlere vitalite testi uygulandı. Ancak dişlerin vital olduğu belirlendi. Lezyona neden olabilecek travma açısından da değerlendirilen hastanın herhangi bir alışkanlığının olmadığı ve ilgili bölgeye daha önceden hiç travma gelmediği belirlendi.



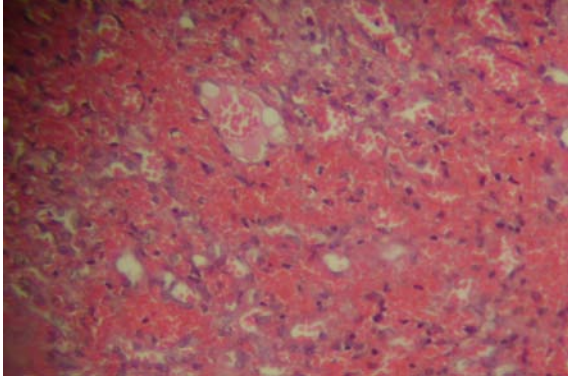
Şekil 2: Lezyonun bulunduğu bölgedeki dişlerin kontrol amaçlı alınmış periapikal filmi.

Tedavi Planı

Hastaya lokal anestezi altında biyopsi planlandı. Eksizyonel biyopsi işleminden sonra alınan doku % 10'luk formol solüsyonu içerisinde koyularak hangi Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Patoloji bölümüne gönderildi. Yara bölgesine gazlı bez ile basınç uygulayarak kanama kontrolü sağlandı. Postoperatif % 0,2'lik klorheksidin glukonat içeren gargara günde üç kez bir hafta süre ile kullanılmak üzere reçete edildi.

Sonuç

Lezyonun histopatolojik değerlendirmesinde non-keratinize, çok katlı stratifiye epitel ve altında kapsülsüz, birçok ince duvardan oluşmuş kapiller kanallar görüldü. Kapiller damarlar tek katlı endotelial hücrelerle kaplıydı. Bazı bölgelerde endotelial hücre proliferasyonları görüldü. Endotel hücrelerinde atipi gözlenmedi (Şekil 3) (Patoloji protokol No: 256454, B-1/2010). Klinik ve patolojik değerlendirme sonucunda lezyona kapiller hemanjiyom tanısı koyuldu. Operasyon sonrası kontrolde yara yerinin klinik olarak tamamen iyileştiği gözlemlendi (Şekil 4).



Şekil 3: Kapiller Hemanjiyomun histopatolojik görüntüsünde çok sayıda ince kapiller damarlar dikkati çekmektedir (x40).



Şekil 4: Lezyonun cerrahi eksizyonundan sonra lezyonun bulunduğu yerde iyileşmenin olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Hemanjiyomlar klinik, radyolojik ve histolojik olarak diğer bazı lezyonlarla benzerlik gösterirler. Ayırıcı tanıda pyojenik granülom, kronik inflamatuvar gingival hiperplazi, epulis, varikozel ve hatta squamöz hücreli karsinomlar akla getirilmelidir (6, 12). Nitekim bu olguda da lezyonun lokalizasyonu apikalde dişten kaynaklı bir abse nedeniyle oluşmuş parulis gibiydi. Ancak alınan anamnez, yapılan vitalite testi ve lenf muayenesi bu tanımımızı desteklemedi. İlgili dişler canlıydı ve periodontal cep yoktu. Lezyonun mavi-kırmızı renkte olması, kanamaya eğilimi damarsal kaynaklı olabileceğini düşündürdü ve lezyon dikkatli bir şekilde eksize edildi. Damarsal kaynaklı olduğu düşünülen böyle lezyonların tedavi planında dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, cerrahi sınırların tam olarak saptanarak perioperatif hemoraji riskinin en aza indirgenmesinin gerekliliğidir. Olgu da lezyon sınırları tam olarak belirlendiğinden ve bir miktarda sağlam dokuyu içine alacak şekilde eksize

edildiğinden kanama çok az miktarda oldu. Ancak cerrahi yapılamadığı durumlarda lezyonun tedavisi için fibrozlaştırıcı ajan enjeksiyonu, interferon radyasyon, elektrokoagülasyon, krio cerrahi, lazer tedavisi ve kortikosteroidler kullanılmaktadır (2, 3, 11, 12). Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda ise; bu tedavilere ek olarak, beta adrenarjik reseptör antagonisti propranolol'un hemanjiyomlu çocuklarda etkili bir tedavi yöntemi olarak uygulanabileceğini göstermiştir (5).

Hemanjiyomların etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte; lezyonların gelişmesinde sistemik bazı hastalıklar, ilaç kullanımı veya travma gibi lokal irritasyonların etkileri olabileceği bildirilmektedir (13, 14). Bunların dışında arteriovenöz malformasyonlar, anjiyogenik büyüme faktörleri üretiminde bozukluklar ve sitogenetik anomalilerin de önemli rol oynayabileceği belirtilmektedir (5). Ancak sunduğumuz olguda sistemik bir hastalık ya da ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Dolayısıyla olguda görülen bu lezyona, başka bir etken belirlenemediğinden, hastanın hatırlamadığı küçük bir travmanın neden olduğu kanısındayız.

Hemanjiyomların klinik seyirleri değişkenlik gösterir. Gittikçe büyüyen tarzda ilerleyebileceği gibi bazen hiçbir belirti vermeden yıllarca kalabilirler. Genellikle spontan olarak gerilerler (4). Ancak büyük boyutlara ulaşan ve/veya ülserasyon gösteren yüzeysel lezyonlar, kanama ve estetik problemlere neden oluyorsa ve hastaya rahatsızlık veriyorsa eksize edilmeleri gereklidir (1). Dilsiz ve ark. (6) sundukları kapiller hemanjiyom olguda lezyonun spontan kanama, ağrı, dişlerde mobilite ve yüzde asimetri gibi dentoalveoler komplikasyonlara neden olabileceğini bildirmişlerdir. Bizim bu olguda hastada lezyonun kanamalı olması, hastaya rahatsızlık hissi vermesi ve giderek büyümesi nedeniyle alınmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Bununla birlikte her bir olguyu ayrı olarak değerlendirip cerrahi endikasyonun gerekliliği tartışılmalıdır (15).

Hemanjiyomlar yüzde, trigeminal sinirin iki uç dalının dağıldığı alanda kırmızı mor renk değişikliği şeklinde izlenebilmektedir. Genellikle maküler tarzda olmasına rağmen olgu olduğu gibi yüzeyden kabarık şekilde de olabilmektedir. Özellikle yüzde lekelerin olduğu hemanjiyom bu olguda Sturge Weber sendromu (16), Klippel-Trenaunay sendromu (17) gibi bazı sendromlarla ilişkili olabileceği

bildirilmiştir (18). Bu sendromlarda mental retardasyon, epilepsi, intrakraniyal hemanjiyomlar ya da ekstremiteleri tutan yaygın hemanjiyomların varlığı şeklinde ortaya çıkabilir. Oral kavitede görülen hemanjiyomlarda, belirtildiği gibi yüzde ya da vücudun başka bölgelerinde de benzer lezyonların varlığında lezyonların bu tür sendromlarla ilişkisi olabileceği göz önünde bulundurularak gerekli konsültasyonlar istenmelidir. Sunulan hastada böyle bir durumun olmaması nedeniyle konsültasyona gerek duyulmamıştır.

Hemanjiyomların tedavilerinin ardından nüks edebilecekleri belirtilmiştir (6, 19, 20). Bu nedenle cerrahi operasyondan sonra hastalar düzenli aralıklarla kontrollere çağırılmalıdır. Sunulan olguda operasyon sonrasında ilgili bölgenin kontrollerinde iyileşme gözlenmiş olup uzun dönemde takip için hastaya düzenli kontrollere gelmesi önerilmiştir.

Sonuç olarak hemanjiyomların takibi ve tedavi seçeneğinde hastanın yaşı ve lezyonun klinik özelliğini içeren faktörler kadar lezyonun hacmi ve büyümesi de dikkate alınmalıdır. Büyük boyutlara ulaşan ve/veya ülserasyon gösteren yüzeysel lezyonlar, kanama ve estetik problemlere neden oluyorsa ve hastaya rahatsızlık veriyorsa eksize edilmeleri gereklidir. Ayrıca olgudaki gibi hemanjiyomların klinik özellikleri parulis gibi diğer bazı lezyonlarla benzerlik göstermeleri açısından dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle tümörün klinik davranışının ve oluşabilecek komplikasyonların belirlenebilmesi için erken biyopsi ve tanı gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Kırış M, Çamtosun A, Canpolat A, Tatlı H, Polat F, Tan ME. Capillary hemangioma of the scrotum. Gazi Tıp Derg 2007; 18 (1): 43-44.
2. Varol A, Gülses A, Köymen R, Ortakoğlu K, Aydınтуğ YS. Oral hemanjiyomların tanı ve tedavi yöntemleri: olgu sunumu ve literatür derlemesi. Türkiye Klin J Cardiovasc Sci 2009; 21 (2): 260-266.
3. Silverman RA. Hemangiomas and vascular malformation. Pediatr Clin North Am. 1991; 38 (4): 811-834.
4. Çobanoğlu B, Özercan MR, Karlıdağ T. Erişkin hastada parotis bezi hemanjiyomu: olgu sunumu. Fırat Tıp Dergisi 2007; 12 (4): 311-312.

5. Bischoff J. Progenitor cells in infantile hemangioma. *J Craniofac Surg* 2009; 20 (1): 695-697.
6. Dilsiz A, Aydın T, Gürsan N. Capillary hemangioma as a rare benign tumor of the oral cavity: a case report. *Cases J* 2009; 2: 1-6.
7. Hussein T. Benign oral masses in a Northern Jordanian population-a retrospective study. *The Open Dent J* 2009; 3: 147-153.
8. Caballero RB, Reija GF, Megia R, Saiz BRC. Maxillary sinus hemangioma. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2009; 60 (6): 451-453.
9. Narayanan CD, Prakash P, Dhanasekaran CK. Intramuscular hemangioma of the masseter muscle: a case report. *Cases J* 2009; 2: 7459.
10. Nakamura K, Yamada Y, Rosser CJ, Aoki S, Taki T, Honda N. Holmium YAG laser ablation of a hemangioma involving a lower pole renal calyx- using the new-regeneration flexible ureteroscope URF type P5: a case report. *Cases J* 2009; 2: 1-3.
11. Desiate A, Cantore S, Tullo D, Profeta G, Grassi FR, Ballini A. 980 nm diyote lasers in oral and facial practice: current state of the science and art. *Int J Med Sci* 2009; 6 (6): 358-364.
12. Mohtasam N, Kharrazi AAH, Jamshidi S, Jafarzadeh H. Epitelioid hemangioendothelioma of the oral cavity: a case report. *Journal of Oral Sci* 2008; 50 (2): 219-223.
13. Takeda K, Takenaka Y, Hashimoto M. Intraosseous Hemangioma of the inferior turbinate: A case report. *Case reports in Medicine* 2010; 664-667.
14. Fasunla AJ, Adebola OS, Okola C, Adeosun A. Nasal septal lobular capillary hemangioma in West Africa sub-region: a case report. *Cases J* 2009; 2: 8952, 1-3.
15. Evagelidou E, Tsanou E, Asproudis I, Gorezis S, Aspiotis M, Peschos D, Siamopoulou A. Orbital cavernous hemangioma in an infant with intracranial lesion: a case report. *Cases J* 2009; 2, 1-5.
16. Ünalp A, Uran N, Erşahin Y. Erken cerrahi tedaviden fayda gören bir Sturge-Weber sendromu olgusu. *Ege Journal of Medicine* 2008; 47 (2): 151-153.
17. Çetin M, Allı N, Artüz F, Zencin G. Klipper-Trenuay sendromu (Olgu Raporu). *T Clin Dermatology* 1991; 1: 41-44.
18. Tüter G, Toyman U. Bir vaka nedeniyle lobüler kapiller hemanjiyom. *G.Ü. Diş Hek.Fak.Derg.* 2008; 25 (2): 33-38.
19. Doorne VL, Maeseener DM, Stricker C. Diagnosis and treatment of vascular lesions of the lip. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002; 40: 497-503.
20. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors.* 3rd Edition. St Louis: Mosby. 1995; 581-586.

Yazışma Adresi

Dr. Dt. Erkan ÖZCAN
Mareşal Çakmak Asker Hastanesi
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Erzurum
Tel: 0442 3172269-2653
e-mail: drdterkan@mynet.com