

Mandibulada Sekonder Hiperparatiroidizmle İlişkili Santral Dev Hücreli Granüloma: Olgu Sunumu

Mandibular Central Giant Cell Granuloma Associated with Secondary Hyperparathyroidism: A Case Report

Derya YILDIRIM*, Elif BİLGİR**, Yavuz FINDIK***

Özet

Kliniğimize 50 yaşında kadın hasta mandibular anterior bölgede ağrısız şişlik şikayetiyle başvurdu. İntraoral muayenede mandibula anterior bölgede derin dokulara fikse, sert, ağrısız kitle tespit edildi. Hastanın başka bir merkezde çekilen panoramik radyografi incelendi ve konik ışınli bilgisayarlı tomografi alındı. Konik ışınli bilgisayarlı tomografide mandibula anterior bölgede düzgün, radyopak bir sınırla çevrili, kemik septası içeren, radyolüsent lezyon izlendi. İnsizyonel biyopsi ile tanı koyulduktan sonra lezyon tamamen çıkartıldı. Histopatolojik olarak santral dev hücreli granüloma tanısı koyuldu. Kan testleri parathormon seviyesinin yüksek, vitamin D seviyesinin düşük olduğunu gösterdi. Santral dev hücreli granüloma genellikle adolesanlarda ve genç yetişkinlerde görülür. Bu raporda 50 yaşındaki hastada santral dev hücreli granüloma olgusu, vitamin D eksikliği ve hipokalsemi nedeniyle gelişen sekonder hiperparatiroidizmin ilk bulgusu olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hiperparatiroidizm, D vitamini eksikliği, Santral Dev Hücreli Granüloma, Mandibula

Abstract

A 50 years old female patient was referred to our clinic with the complaint of painless swelling of the mandibular anterior region. The intraoral examination revealed a painless hardened mass fixed to deeper layers in the anterior mandibular region. Panoramic radiograph that was made at her previous visit of another hospital was examined and cone beam computed tomography imaging was performed. After the diagnosis was confirmed with incisional biopsy, the lesion was completely excised. Cone beam computed tomography imaging revealed a radiolucent bone lesion presenting thin septa with well-defined radiopaque scalloped borders in the anterior mandible. Histopathological examination revealed central giant cell granuloma. Blood tests demonstrated elevations in parathyroid hormone (PTH) concentrations and low level of vitamin D. Central giant cell granuloma affects mostly adolescents and young adults. In this report; we report a 50-year-old female patient with mandibular central giant cell granuloma as a first sign of secondary hyperthyroidism induced due to vitamin D deficiency and hypocalcemia.

Key Words: Hyperparathyroidism, Vitamin D deficiency, Central Giant Cell Granuloma, Mandible.

Bu olgu, 25-28 Nisan 2013 tarihleri arasında Erzurum'da yapılan Oral Diagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Derneği V. Bilimsel Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.

* Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Isparta, Türkiye

** Arş. Gör. Dt., Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Isparta, Türkiye

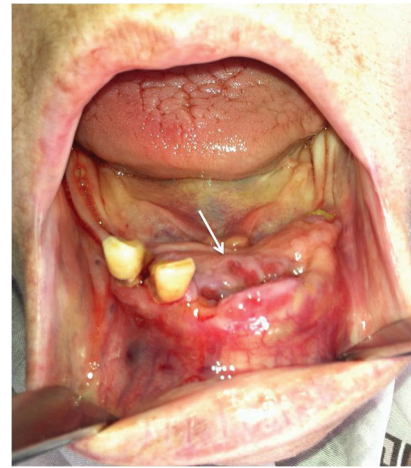
*** Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.D., Isparta, Türkiye

Santral dev hücreli granüloma (SDHG) maksilla veya mandibulada intramedullar kanama, travma, bazı sendromlar, hormonal bozukluklar, gelişimsel ve enfeksiyöz nedenlere bağlı olarak oluşabilen; kemiğin lokal, reparatif bir reaksiyonu olarak kabul edilen, yavaş büyüyen, destrüktif bir lezyondur.¹⁻⁴ SDHG olguları 30 yaşın altında ve genellikle kadınlarda, mandibulada görülür.⁵⁻⁷ Çenelerdeki tüm benign lezyonların %1-7'sini oluşturur.⁴⁻⁸ SDHG'nin ayırıcı tanısını hem klinik hem de radyografik olarak koymak zor olmakla beraber radyografik genellikle mandibula anterior bölgede, iyi sınırlı, ilişkili olduğu diş köklerinde yer değiştirme ve rezorbsiyona neden olan, kortikal kemikte çeşitli derecelerde ekspansiyon ve destrüksiyona neden olabilen, içerisinde septa ve kalsifikasyonlar bulunan uniloküler ya da multiloküler osteolitik lezyonlar olarak izlenir.^{1,2,4,5,8,9} Kesin tanı histopatolojik olarak koyulur. Ayırıcı tanıda adenomatoid odontojenik tümör, fibröz displazi, desmoplastik ameloblastoma, kalsifiye epitelyal odontojenik kist, radiküler kist düşünülmelidir.² Bu olgu sunumunun amacı; genellikle adolesan ve genç erişkinlerde bildirilmesine rağmen 50 yaşında bir hastada vitamin D eksikliğine sekonder olarak gelişen hiperparatiroidizmin eşlik ettiği, santral dev hücreli granüloma olgusunu konik ışınli bilgisayarlı tomografi bulgularıyla sunmaktır.

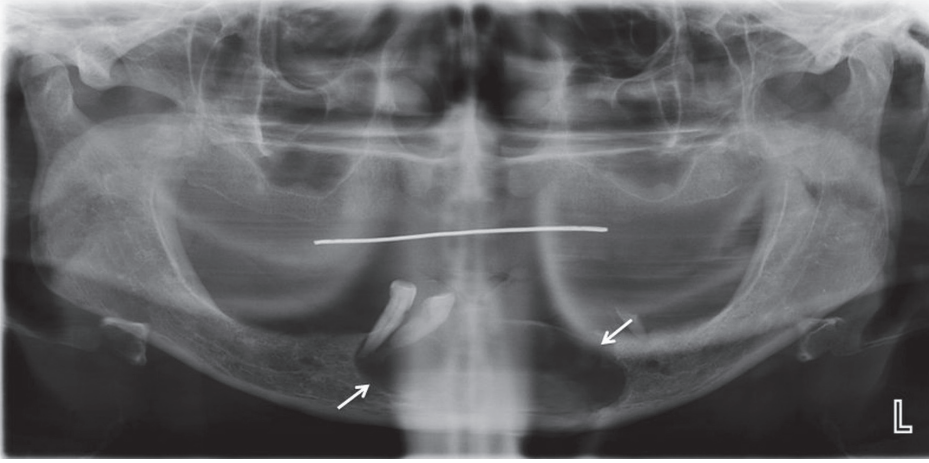
Olgu

Elli yaşında kadın hasta Süleyman Demirel Üniversitesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine alt çenede şişlik ve mevcut protezini kullanamama şikayetiyle başvurdu. Yaklaşık altı aydır şişliğin farkında olan hasta, bu süre içerisinde şişliğin hızla büyüdüğünü bildirdi. Sistemik anamnezinde hastanın psikiyatrik tedavi gördüğü ve antidepressan kullandığı öğrenildi. İntraoral muayenede mandibulada, alveoler kretin lingualinde, sağ kanin ve sol premolar dişler bölgesi arasında yer alan, düzgün yüzeyli, yüzeyden kabarık, mukoza renginde ve bazı alanlarda hiperemik görüntüde olan, palpasyonda sert, ağrısız ve derin dokulara fikse, yaklaşık 5 cm çapında kitle tespit edildi (Şekil 1). Hastanın başka bir merkezde çekilen panoramik radyografisi incelendi (Şekil 2). Mandibula anterior bölgede sınırları düzenli, radyolüsent lezyonun 43 ve 44 numaralı dişlerin kökünü rezorbe etmeden içine aldığı görüldü. Sağ alt kanin diş devrilmiş ve rotasyonluydu. Lezyonun sınırlarını ve genişliğini değerlendirebilmek amacıyla, hastadan konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) alındı (Şekil 3). KIBT görüntülerinde (Planmeca, ProMax 3D Mid, Helsinki/Finland 2011, kV:90, mA:10, sn:13,89, voksel

büyüklüğü:400µm, FOV:160x160 mm, DAP: 1163 mGy cm²) lezyonun 43 numaralı dişin distalinden başlayıp 33 numaralı diş bölgesine kadar uzandığı, ilgili bölgede alveolar kemikte bukkal ve lingual yönde ekspansiyona, bukkal yüzeyde kortikal kemikte ve kret tepesinde rezorpsiyona neden olduğu belirlendi. Aksiyel kesitlerde 41-42 no'lu diş bölgesinde lezyon içinde septa görünümü mevcut olup lezyonun en geniş boyutları 36x28x22 milimetreydi. İnsizyonel biyopsi materyalinin incelenmesi sonucunda santral dev hücreli granüloma tanısı koyulduktan sonra lezyon lokal anestezi altında tamamen çıkartıldı. Hastanın operasyondan üç ay sonra intraoral muayene ve panoramik radyografi ile kontrolü yapıldı (Şekil 4). İleri yaşta santral dev hücreli granüloma teşhis edilen hastanın hiperparatiroidizm ve Brown tümör açısından değerlendirilmesi için kanda serum kalsiyum, fosfat, alkalin fosfataz, parathormon ve vitamin D düzeylerini belirlemek amacıyla kan tahlili ve endokrinoloji konsültasyonu istendi. Parathormon seviyesi yüksek (221,4 pg/ml, normal aralık:15-65 pg/ml) ve vitamin D değeri düşük (3,63 ng/ml, normal aralık: 20-32 ng/ml) olan hastada, diğer parametreler normal bulundu. D vitamini eksikliğinin bir sonucu olarak sekonder hiperparatiroidizm geliştiği düşünüldü. Hastadan, paratiroid adenomu ya da hiperplazisi nedeniyle primer hiperparatiroidizmi düşündürecek durumların olup olmadığını değerlendirmek için paratiroid ultrasonografisi istendi ve her iki paratiroid lojunda da bir adenom belirlenmediği görüldü. Hastanın konsülte edildiği endokrinoloji uzmanı hekim tarafından hastaya vitamin D tedavisi başlandı ve hasta iki ay sonra kontrole çağrıldı fakat bu randevusuna gelmedi. On dokuz ay sonra alt dudağında zaman

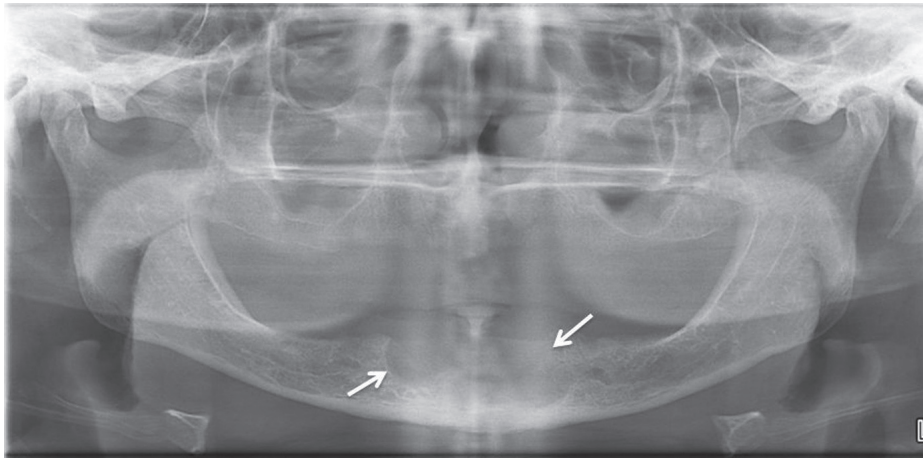
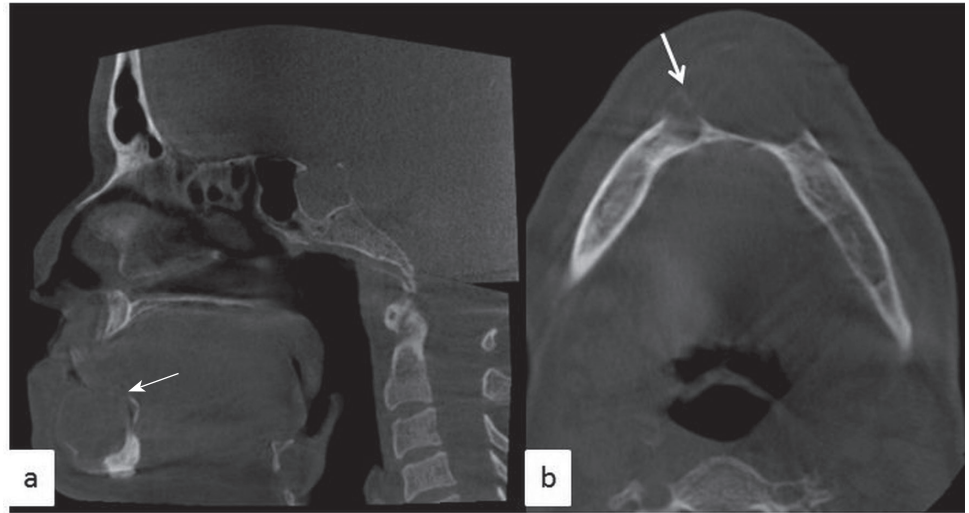


Şekil 1. Mandibulada, alveoler kretin lingualinde, sağ kanin ve sol premolar dişler bölgesinde, düzgün yüzeyli, yüzeyden kabarık, mukoza renginde ve bazı alanlarda hiperemik görüntüde olan, yaklaşık 5 cm çapındaki kitlenin (ok) ağız içi fotoğrafı.



Şekil 2. Hastanın başka bir merkezde alınan panoramik radyografında; mandibula anterior bölgede sınırları düzenli, radyolüsent lezyonun (oklar) 43 ve 44 numaralı dişlerin kökünü rezorbe etmeden içine aldığı görüldü.

Şekil 3. KIBT kesitlerinde a) Kret tepesi, bukkal ve lingual kortekste rezorpsiyona neden olan lezyonun (ok) sagittal kesit görünümü; b) Korpus mandibula seviyesinde aksiyal kesitte lezyon içinde septalı görünüm (ok).



Şekil 4. Hastadan postoperatif 3. ayda alınmış panoramik radyografında, operasyon bölgesindeki radyolüseninin (oklar) küçülmüş, kemikle dolmaya başlamış olduğu ve iyileşmenin komplikasyonsuz devam ettiği izlenmektedir.

zaman meydana gelen karıncalanma şikayetiyle kliniğimize tekrar başvuran hastanın önceki lezyonunun nüks edip etmediğini belirlemek ve paresteziye neden olabilecek diğer durumları değerlendirebilmek amacıyla klinik muayenesi yapılarak panoramik ve periapikal radyograflarla değerlendirildi. Herhangi bir patoloji tespit edilmedi. D vitamini eksikliği tedavisini ihmal eden hasta endokrinoloji bölümüyle konsulte edildi ve D vitamini seviyesinin düşük (5,49 mg/ml, normal aralık: 20-32 mg/ml), parathormon seviyesinin yüksek (137,4 pg/ml, normal aralık: 15-65 pg/

ml) olduğu belirlendi. Parestezinin; vitamin D eksikliği ile birlikte görülen hipokalsemiye (kan kalsiyum düzeyi 8,6 mg/dl normal aralık 8,8-10,6 mg/dl) bağlı olduğu düşünüldü.¹⁰ Endokrinoloji uzmanı tarafından hastaya tekrar vitamin D tedavisi başlandı ve üç ay sonra kontrole çağrıldı. Üç ay sonraki kontrolde kan kalsiyum düzeyinin normale döndüğü ve hastanın dudağındaki parestezinin geçtiği belirlendi (Vit D: 25,02 ng/ml; normal aralık: 20-100, parathormon: 96,25 pg/ml; normal aralık: 15-65, kalsiyum düzeyi: 9,2 mg/dl; normal aralık: 8,8-10,6 mg/dl).

TARTIŞMA

Maksilla ve mandibulada sıklıkla çenelerin ön bölgelerinde görülen SDHG, dişeti yerleşimli periferik dev hücreli granüloma ve uzun kemiklerin epifizlerinde ortaya çıkan dev hücreli tümörler aynı histopatolojik görünümdeyir.^{3,11} SDHG genellikle 30 yaş altında görülür.^{2,4,9} Bazı olguların ileri yaşlarda teşhis edilmesinin sebebinin, lezyonun yavaş büyüme eğilimi ve asemptomatik olması nedeniyle ihmal edilmiş olabileceği literatürde bildirilmiştir.⁹ Ancak sunulan bu olguda hastanın hayatının 5. dekadında olması ve lezyonu 6 ay önce fark edip, bize başvurduğu süreye kadar şişliğin yaklaşık 3 katına çıktığını belirtmesi, SDHG'nın bu olguda semptomatik ve hızlı büyüme eğiliminde olduğunu göstermektedir. SDHG'nın etiolojisinde kalsiyum ve fosfat metabolizmasını etkileyen hiperparatiroidizm düşünölmelidir. Hiperparatiroidizm, primer olarak paratiroid bezlerindeki bir adenom ya da hiperplazi nedeniyle ortaya çıkabilir ve hipokalsemi, genel beslenme bozukluğu, D vitamini eksikliği ve kronik böbrek yetmezliği gibi durumlarda sekonder olarak da gelişebilir.^{3,12} Bu hastanın 50 yaşında olması nedeniyle, hiperparatiroidizm ve Brown tümör bulunma durumu akla gelmiş ve bu açıdan incelendiğinde hastada D vitamini eksikliğine bağlı sekonder hiperparatiroidizm belirlenmiştir. Parestezi şikayeti olan hastanın tedavi sonrası yapılan kontrolünde, parestezinin geçtiği görölmüş ve vitamin D eksikliğine

bağlı olarak gelişen hipokalsemiyle parestezinin ilişkisi kan tablosundaki bulgularla desteklenmiştir. Olgu panoramik radyografi ve KIBT ile değerlendirilmiştir. KIBT; lezyonun yerleşimi, genişliği, mandibular kanalla ilişkisi ile ilgili bilgi vermiş ve böylece lezyonun ön tanısı ve uygun tedavi planlamasının yapılması için faydalı olmuştur.

SDHG'nın tedavisinde özellikle çocuklarda tercih edilen kalsitonin içeren nasal sprey kullanımı, subkutan kalsitonin enjeksiyonu, intralezyonel kortikosteroid uygulamasından çene rezeksiyonuna kadar değişen tedavi uygulamaları bildirilmiştir. Cerrahi olmayan tedaviler küçük ve yavaş büyüyen lezyonlar için iyi bir tedavi seçeneğidir.^{5,8,13-15} Sunulan olguda lezyonun boyutlarının büyük olması, çenelerde ekspansiyona neden olması ve dişsiz olan hastanın protetik tedavi planlaması nedeniyle cerrahi tedaviye karar verilmiştir. SDHG'nın tedavisinde, etiolojisinde belirlenen hiperparatiroidizmin tedavisi de gereklidir.¹⁶ Bu olguda cerrahi rezeksiyon sonrası, sekonder hiperparatiroidizm tedavisine başlanmıştır.

SDHG sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde gözlenmektedir ve bu raporda 50 yaşında santral dev hücreli granüloma bulunan bir hasta nadir bir olgu olarak sunulmuştur. SDHG'nin belirlenmesi durumunda, etiolojide hiperparatiroidizm ve sekonder hiperparatiroidizm düşünölmeli ve belirlenirse bu hastalıklar açısından da tedavi uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Sass SM., Pinto MC., Jebahi Y., Bortolon L. Giant cell reparative granuloma in the mandible. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 76: 273, 2010.
2. Sholapurkar AA., Pai KM., Ahsan A. Central giant cell granuloma of the anterior maxilla. *Indian J. Dent. Res.* 19: 78-82, 2008.
3. Oygür T. *Ağız Patolojisi Ders Kitabı: Ağız Lezyonları ve Temel Patogenetik Mekanizmalar.* Ankara: Efil Yayınevi, 2010, 124.
4. Nackos JS., Wiggins RH 3rd., Harnsberger HR. CT and MR imaging of giant cell granuloma of the craniofacial bones. *AJNR. Am. J. Neuroradiol.* 27: 1651-1653, 2006.
5. Manzini M., Deon C., Corte LD., de Abreu LB., Bertotto JC. Mandible giant-cell reparative granuloma. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 75: 616, 2009.
6. Johnson NR., Savage NW., Kazoullis S., Batstone MD. A prospective epidemiological study for odontogenic and non-odontogenic lesions of the maxilla and mandible in Queensland. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* 115: 515-522, 2013.
7. White SC., Pharoah MJ. *Oral Radiology: Principles and Interpretation.* 5th ed. St Louis: Mosby Inc., 2004, 597-614.
8. De Corso E., Politi M., Marchese MR., Pirroni T., Ricci R., Paludetti G. Advanced giant cell reparative granuloma of the mandible: Radiological features and surgical treatment. *Acta Otorhinolaryngol. Ital.* 26: 168-172, 2006.
9. Sun ZJ., Cai Y., Zwahlen RA., Zheng YF., Wang SP., Zhao YF. Central giant cell granuloma of the jaws: Clinical and radiological evaluation of 22 cases. *Skeletal Radiol.* 38: 903-909, 2009.
10. Sözen T. Vitamin D ve Yetmezliği: Sözen T. *Metabolik Kemik Hastalıkları.* Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2013, 141-153.
11. Harorlu A., Yılmaz AB., Akgül HM. *Dişhekimliğinde Radyolojide Temel kavramlar ve Radyodiagnostik.* Erzurum: Atatürk Üniv. Zir. Fak. Ofset Tesisleri, 2001, 420.
12. Fatma LB., Barbouch S., Fethi BH., Imen BA., Karima K., Imed H., Fethi el Y., Fatma BM., Rim G., Taieb BA., Maiz HB., Adel K. Brown tumors in patients with chronic renal failure and secondary hyperparathyroidism: Report of 12 cases. *Saudi J. Kidney Dis. Transpl.* 21: 772-777, 2010.
13. Kermer C., Millesi W., Watzke IM. Local injection of corticosteroids for central giant cell granuloma. A case report. *Int J. Oral Maxillofac. Surg.* 23: 366-368, 1994.
14. da Silva Sampieri MB., Yaedú RY., Santos PS., Gonçalves ES., Santa'ana E., Consolaro A., Cardoso LB. Central giant cell granuloma: Treatment with calcitonin, triamcinolone acetone, and a cystic finding 3 years and 6 months after the primary treatment. *Oral Maxillofac. Surg.* 17: 229-234, 2013.
15. Delilbaşı Ç., Sonbay S., Akal ÜK., Or S., Günhan Ö. Periferik tutulumlu santral dev hücreli granüloma (iki olgu sunumu). *Türkiye Klinikleri J. Dental Sci.* 6: 146-149, 2000.
16. Di Daniele N., Condò S., Ferrannini M., Bertoli M., Rovella V., Di Renzo L., De Lorenzo A. Brown tumour in a patient with secondary hyperparathyroidism resistant to medical therapy: Case report on successful treatment after subtotal parathyroidectomy. *Int. J. Endocrinol.* 2009: 827652, 2009.

Yazışma Adresi:

Dr. Elif BİLGİR
Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
Çünür/ISPARTA
e-posta: bilgirelif04@hotmail.com • Tel: 0246 211 32 54 • Faks: 0246 237 06 07