

MANDİBULER KORPUSTA SOLİTER EOZİNOFİLİK GRANÜLOMA**SOLITARY EOSINOPHILIC GRANULOMA OF MANDIBULAR BODY****Sedat ÇETİNER***,**Sinem GÜMGÜM†**,**Ertan DELİLBAŞI‡**,**Benay TOKMAN§****ÖZET**

Eozinofilik granüloma (EG) histiositozis X hastalık grubunun lokalize ve en iyi huylu olan formudur. Tüm EG olgularının %10 ile %20 sine çenelerde rastlanır. En sık rastlanan oral bulgular palpe edilebilen kitle ve şişliktir. Hastalığın tedavisinde cerrahi küretaj, radyasyon terapisi, sistemik kemoterapi ile steroid uygulamalarını içeren yöntemler kullanılmaktadır. Bu raporda 24 yaşında bir erkek hastanın sol mandibuler korpus bölgesinde lokalize bir soliter eozinofilik granüloma olgusunun tanı, tedavi ve uzun süreli takibi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Histiositozis X, eozinofilik granüloma.

SUMMARY

Eosinophilic granuloma is the local and the mildest form of histiocytosis X. Nearly 10% to 20% of all cases of eosinophilic granuloma occur in the jaws. The most common oral symptoms of the disease are a palpable mass and swelling. The methods of the treatment include surgical curettage, radiation therapy, systemic chemotherapy and corticosteroid therapy. In this report; diagnosis, management and long-term follow-up of the eosinophilic granuloma localised in mandibular body in a 24 year-old man is presented.

Keywords : Histiocytosis X, eosinophilic granuloma.

* Dr. Dt., Gazi Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD.,

† Dt., Gazi Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD.

‡ Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD.

§ Dr. Dt., Gazi Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Oral Patoloji BD.

GİRİŞ

Eozinofilik granüloma (EG), geleneksel olarak Hand-Schüller-Christian ve Letterer-Siwe ile birlikte histiositozis X grubunu oluşturan üç hastalıktan birisidir.^{7, 10, 13} İlk kez 1893 yılında tanımlanan hastalık grubu 1940 lı yıllarda daha geniş biçimde araştırılmıştır.^{5, 10} Son dönemlerde histiositozis X, Langerhans öncü hücrelerini de içerdiği için Langerhans hücre histiositozisi olarak adlandırılmaktadır.^{7, 15} Langerhans hücreleri kemik iliğinin dendritik hücrelerinin lokal proliferasyonları ya da yaygın diseminasyonla-

rından köken almakta olup deri, bukkal mukoza, trakea, kan damarları ve lenf nodları gibi periferik dokularda da bulunurlar.^{2, 15}

Histiositozis X grubunu oluşturan üç hastalık vücudun farklı bölgelerindeki değişik klinik bulgularla birbirlerinden ayrılır. EG, bu grubu oluşturan hastalıkların en iyi huylu ve lokalize olanıdır. Kemik lezyonları monostotik veya multifokal olup soliter EG veya multifokal EG olarak adlandırılmaktadır.¹⁵ Kafa kemiği tutulumu, diabetes insipitus ve ekzoftalmus ile karakterize tip Hand-Schüller-Christian hastalığı

olarak bilinir. Letterer-Siwe ise sıklıkla 2-3 yaşlarında birçok kemik lezyonu, deri döküntüleri, hepatosplenomegali, anemi ve lenfadenopati ile karakterize olup hastalığın akut ve sistemik tipidir. Dolayısıyla Langerhans hücre histiositosisi soliter kemik lezyonlarından çeşitli organ tutulumlarına dek çeşitli dereceler göstermektedir.^{2, 5, 11, 13, 15, 17} Bu raporda sol mandibuler premolar-molar bölgede lokalize bir soliter EG olgusunun tanısı, cerrahi tedavisi ve uzun dönem takibi sunulmuştur.

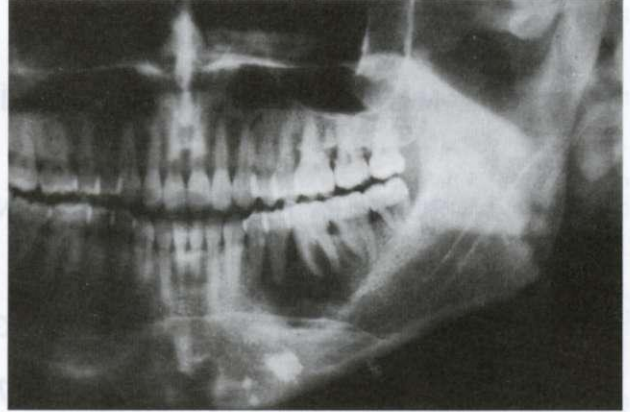
OLGU BİLDİRİMİ

24 yaşındaki erkek hasta Gazi Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniği'ne sol mandibuler korpus bölgesindeki ağrı, şişlik ve rahatsızlık hissi nedeniyle başvurmuştur. Sistemik herhangi bir problemi olmayan hastanın hikayesinde şikayetinin 5 aydan beri varolduğu ve gittiği dişhekimisi tarafından birçok kez antibiyotik tedavisi uygulandığı saptanmıştır. İntraoral muayenede sol alt premolar-molar bölgede 34, 35, 36 ve 37 nolu dişlerde aşırı periodontal harabiyet, yumuşak dokuda destrüksiyon ve perforasyon varlığı belirlenmiştir (Resim 1). Ekstraoral muayenede böl-



Resim 1: Hastanın preoperatif intraoral görüntüsü

gede palpe edilebilen şişlik dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır. Radyolojik muayene; panoramik film ve ayrıntılı inceleme için bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılarak yapılmıştır. Panoramik filmde mandibuler korpus bölgesinde 35, 36 ve 37 nolu dişleri içine alan litik bir lezyon gözlenmiştir (Resim 2). BT incelemesinde ise bukkal ve lingual kemiği destrükte eden 3 cm lik segmentte bir kitle lezyonu mevcuttur (Resim 3). Malignansi şüphesi uyandıran lezyondan yapılan insizyonel biyopsinin histopa-

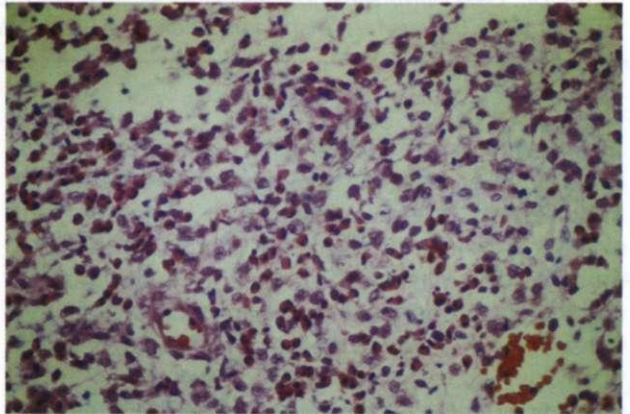


Resim 2: Panoramik filmde sol premolar molar bölgedeki litik, radyolüsent lezyon



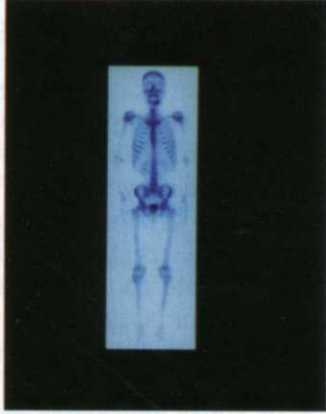
Resim 3: Aksiyal BT kesitinde bukkal ve lingual korteksi destrükte eden kitle lezyonu

tolojik incelemesinde lezyonel dokunun eozinofilik sitoplazmalı, genel olarak uzunlamasına çentik içeren, soluk, veziküler nükleuslu histiositlerle karakterize alanlardan oluştuğu ve bu alanların belirgin eozinofil ile bol plazma hücre infiltrasyonu içerdiği gözlenmiş, sonuç kliniği ile birlikte eozinofilik granüloma ile



Resim 4: Langerhans hücre tabakaları ve aralarında eozinofilik hücre infiltrasyonu (H.E.x 200)

uyumlu 'Langerhans hücre histiositozisi' olarak rapor edilmiştir (Resim 4). Lezyonun monostatik veya multifokal olup olmadığını anlamak için tüm vücut kemik sintigrafisi incelemesi yapılmış, vücudun başka sert doku bölgesinde herhangi bir lezyona rastlanmamış (Resim 5) ve dolayısıyla lezyona 'soliter eozinofilik



Resim 5: Normal olarak izlenen tüm vücut sintigrafisi

granüloma' klinikopatolojik tanısı koyulmuştur. Öncelikle hastada iyi bir ağız hijyeni sağlanmış ve ardından bölgeye cerrahi küretaj planlanmıştır. Sedasyon (Dormicum Locktableten, 7.5 mg, Roche, Grenzach-Whylen) ve lokal anestezinin (Ultracain D-S,



Resim 6: Dişlerde periodontal harabiyete ve kemik destrüksiyonuna neden olan lezyonun intraoperatif görüntüsü

Hoechst Marion Roussel) ardından cerrahi disiplinler altında alana ulaşılmış ve lezyonun küretajı ile birlikte 34, 35, 36 ve 37 nolu dişler çekilmiştir (Resim 6-7). Bölge primer olarak kapatılmış, hastaya antibiyotik (amoksisilin, 1 gr, 2x1, 5gün oral), antiinflamatuvar (naproksen sodyum, 550 mgr, 2x1) ve ağız gargarası (klorhegzidin, 3x1, 1 hafta) reçete edilmiştir. Kürete edilen lezyonun histopatolojik tanısı ikinci kez aynı şekilde rapor edilmiştir. Postoperatif kısa dö-



Resim 7: Cerrahi küretajdan sonra yaranın primer olarak kapatılması

nemde hastada herhangi bir parestezi ya da enfeksiyon belirlenmemiş, yara iyileşmesi sorunsuz biçimde gerçekleşmiştir. Operasyondan 12 ay sonra yapılan klinik muayenede yara iyileşmesinin tamamlandığı, yapılan BT incelemesinde ise bölgede herhangi bir nüks oluşmadığı ve iyileşmenin komşu kemik duvarlarından başlamak üzere sürdüğü izlenmiştir (Resim 8). Hastanın kont-



Resim 8: Operasyondan 12 ay sonra komşu kemik duvarlarında başlayan kemik iyileşmesinin aksiyal kesiti

rolleri ve takibi bundan sonraki dönemde de özenli bir şekilde sürdürülecektir.

TARTIŞMA

Günümüzde histiositozis X in etiyolojisi ve patogenezi çok büyük oranda bilinmemekle birlikte birçok faktörden sözedilmektedir. Bunlar arasında enfeksiyon, enflamasyon ve immünolojik defektler sayılabilir.^{7,8,10} Hastalığın akut, yaygın formunun (Letterer-Siwe) gerçek bir neoplazm olduğunun düşünülmesine rağmen unifokal veya multifokal lezyonlar tanımlanmamış bir antijen veya ajanın neden olduğu reaksiyonlar olabilir.¹⁰

EG'nin oral bulguları değişik özellikler göstermektedir. Hartman⁴ oral tutuluma sahip 114 olgunun klinik, radyografik ve histolojik özelliklerini rapor etmiş ve en yaygın oral bulgunun palpe edilebilen kitle veya şişlik olduğunu bildirmiştir. Bunlarla birlikte hastalığın oral bulguları arasında kemik destrüksiyonu, periodontitis, gingivitis, ülserasyonlar, kötü ağız hijyeni, çiğneme zorluğu, kanama, periapikal enfeksiyonlar, fasiyel asimetri, lezyonun kondil lokalizasyonuna bağlı ağız açma kısıtlılığı ve parestezi sayılabilir.^{2, 5, 8, 13, 15, 17} Bazen bu bulguların hiç biri olmaksızın asemptomatik olarak mevcut olup rutin radyografilerde ortaya çıkabilen EG, sekonder enflamasyona bağlı ateş, halsizlik ve baş ağrısı gibi genel semptomlar da verebilir.⁷ Tüm EG olgularının %10 ile %20 sine çenelerde rastlanır. En sık etkilenen saha posterior mandibuler bölgedir. Sunulan bu olguda hastanın kliniğe başvuru nedeni ağrı, şişlik ve rahatsızlık hissi şikayettir. Malignansi şüphesi duyulan lezyona yapılan biyopsi sonrası diğer incelemelerin de ışığında 'soliter EG' tanısı koyulmuş, ardından tedavi planlaması yapılmıştır. Bu noktada lezyonun monostatik ya da multifokal olduğunu belirlemek önem kazanmaktadır. Bunun için hastadan tüm vücut sintigrafisi incelenmesi yapılmış ve lezyonun monostatik olduğu saptanmıştır. Tanı ve tedavi planlaması da bu inceleme ile belirlenmiştir. Eğer bu olguda kemik sintigrafisi sonucunda lezyonlar multiloküler olarak saptansa, tanı Hand-Schüller-Christian hastalığı ya da multifokal EG olarak değişecektir. Literatürde bu iki hastalığın aynı olduğunu vurgulayan bilgiler olmasına karşın⁹ son yayınlarda iki kavramın birbirlerinden ayrı olduğu ve Hand-Schüller-Christian hastalığı tanısı koyulabilmesi için triadın olması gerektiği bildirilmektedir.¹⁵

EG'nin klinik olarak ayırıcı tanısında osteomyelitis ve santral dev hücreli granüloma ile odontojenik fibroma, radiküler kist, ameloblastoma ve miksoma gibi odontojenik lezyonlar akla gelmelidir.^{2, 5} Hepsinden önemlisi lezyonu malignansilerden ayırdetmek gerekir. Hızlı gelişen ağrı, yumuşak dokuda şişkinlik ve hızlı kortikal kemik destrüksiyonları malign lezyonlara benzerlikler göstermektedir. Biyopsi ile alınacak doku örneğinin histopatolojik incelemesi EG'nin sayılan antitelere ayırdedilmesini sağlar. Histopatolojik ayırıcı tanıda yer alan antitelere başında Hodgkin hastalığı (HH) gelmektedir. Non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve juvenil ksantogranüloma (JKG) da yine ayırdedilmesi gereken patolojilerdendir. Histopatolo-

jik tanıda en önemli faktör EG'de histiositlerin şişkin, sakin görünüşleri ve çekirdeklerinde izlenen çentik formasyonudur. Sunulan bu olguda da kısa sürede gelişen destrüksiyon malignansi şüphesi uyandırmış ve hızla tanıya gidilmiştir. HH ve NHL'de var olan anaplastik hücre morfolojisi EG'de mevcut değildir. JKG'da benzer şekilde çekirdeklerinde çentik bulunmaması ve daha erken yaşlarda görülmesi ile EG'den ayrılır.⁶

EG'nin tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri cerrahi küretaj, düşük doz lokal radyasyon tedavisi ile kemoterapi veya kombinasyonlarıdır.^{2, 5} Soliter EG'nin tedavisinde küretajın iyi bir seçenek olduğu bildirilirken⁸ cerrahi olarak yaklaşım zorluğu olan bölgelerde tedavi seçimi radyoterapi olabilir.² Son dönemde EG'nin tedavisinde intralezyonel steroid kullanımına ait raporlar mevcuttur.^{3, 15, 16} Çalışmaların sonuçlarına göre lezyonların iyileşmelerinde bu tedavi metodunun etkinliği ve ayrıca kriyocerrahinin de tedavi-deki rolü vurgulanmaktadır.¹² Lezyonun nüks oranının düşük olmasına karşın multifokal olgularda bildirilmiştir.^{7, 14} Sunulan bu vakada cerrahi yaklaşım zorluğu olmadığı için küretaj tercih edilmiş ve iyileşme sorunsuz olarak gerçekleştirilmiştir. Bunun saptanabilmesi için klinik muayene ile birlikte BT yöntemi kullanılmış ve kemik iyileşmesi belirgin biçimde gözlenmiştir.

Sonuç olarak oral bölgede çok nadir olarak görülen EG'nin malignansilerle karıştırılabileceği gözönünde bulundurulmalı ve yalnızca biyopsi ile tanıya gidilebileceği unutulmamalıdır. Ayrıca literatürdeki cerrahi yaklaşım zorluğu olmayan vakalarda küretajın iyi bir alternatif olduğu bilgisi, sunulan bu olgunun tedavisindeki başarı ile uyumluluk göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Araç M, Çetiner S, Öznur İ, Özhan S, Vural M, Aytekin C, Yücetaş Ş, Işık S. The role of CT in the evaluation of different treatment methods of periapical lesions. European Congress of Radiology Vienna Austria 1997.
2. Ardekien L, Peled M, Rosen D, Rachmiel A, Abu el- Naaj I, Laufer D: Clinical and radiographic features of eosinophilic granuloma in the jaws. Review of 41 lesions treated by surgery and low-dose radiotherapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 87: 238-242, 1999.

3. Bernstrand C, Bjork O, Ahstrom L, Henter JI: Intralesional steroids in Langerhans cell histiocytosis of bone. Acta Paediatr 85: 502-504, 1996.
4. Hartman KS: Histiocytosis X: a review of 114 cases with oral involvement. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 49: 38-54, 1980.
5. Holzhauser AM, Abdelsayed RA, Sutley SH: Eosinophilic granuloma. A case report with pathologic fracture. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 90: 317-322, 1999.
6. Mirra MJ, Picci P, Gold HR: Bone tumors. Leg & Febiger, 1989.
7. Miyamoto H, Dance G, Wilson DF, Goss AN: Eosinophilic granuloma of the mandibular condyle. J Oral Maxillofac Surg 58: 560-562, 2000.
8. Nicopoulou-Karayianni K, Mombelli A, Lang NP: Diagnostic problems of periodontitis-like lesions caused by eosinophilic granuloma. J Clin Periodontol 16: 505-509, 1989.
9. Peterson LJ: Principles of oral and maxillofacial surgery. Lippincott-Raven Publishers, 1997.
10. Roychoudhury A, Shah N, Parkash H, Mukhopadhyay S, Chopra P: Eosinophilic granuloma of the jaws. Br J Oral Maxillofac Surg 36: 380-383, 1998.
11. Saunders JGC, Eveson JW, Addy M, Bell CN: Langerhans cell histiocytosis presenting as bilateral eosinophilic granuloma in the molar region of the mandible. A case report. J Clin Periodontol 25: 340-342, 1998.
12. Schreuder HW, Pruszczynski M, Lemmens JA, Veth RP: Eosinophilic granuloma of bone: results of treatment with curettage, cryosurgery and bone grafting. J Pediatr Orthop B 7: 253-256, 1998.
13. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. WB Saunders Co, 1983.
14. Uçkan S, Gürol M, Durmuş E: Recurrent multifocal Langerhans cell eosinophilic granuloma of the jaws: report of a case. J Oral Maxillofac Surg 54: 906-909, 1996.
15. Watzke IM, Millesi W, Kermer C, Gisslinger H: Multifocal eosinophilic granuloma of the jaw: Long-term follow-up of a novel intraosseous corticoid treatment for recalcitrant lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 90: 317-322, 2000.
16. Yasko AW, Fanning CV, Ayala AG, Carrasco CH, Murray JA: Percutaneous techniques for the diagnosis and treatment of localized Langerhans-cell histiocytosis (eosinophilic granuloma of the bone). J Bone Joint Surg Am 80: 219-228, 1998.
17. Zachariades N, Anastasea-Vlachou K, Xypolyta A, Kattamis C: Uncommon manifestations of histiocytosis X.. Int J Oral Maxillofac Surg 16: 355-362, 1987.

Key words: Mandibular lateral incisor invagination, periapical periodontitis.

Çalışın Görevlisi, Gazî Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hecialıkları ve Anestezisi Anabilim Dalı, Gazî Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hecialıkları

Yazışma Adresi

Sedat ÇETİNER

G.Ü. Dişhekimliği Fakültesi
82. sokak 06510 Emek ANKARA

Tel: 0 312 212 62 20 / 245-324

Faks: 0 312 212 58 17

e-mail: denizcet@hotmail.com

GİRİŞ

Dens invaginatus daimi, gözyeşüer numener diğerde ortaya çıkabilen gelişimsel bir gerçektir. Bu anomalinin görölme sıklığının incelenen yapıdaki topluma bağı olarak % 0.04 ile %10 arasında olduğu rapor edilmektedir. Dens invaginatus genellikle üst çene lateral dişlerde görölmektedir. Bu dişlerin yapilan gerçeği genellikle periapikal lezyonları kısa sürede gelişmektedir. Çak önceleri bu tip dişlerin çekimlerinin en doğru yaklaşım olduğu savunulmaktaydı. Sonraları bu dişleri endodontik cerrahi işlemlerle retrogral yoldan tıkanmanın uygun olabileceği veya alter-

naif olarak tedavi edilmediği takdirde tedavi edileceği bildirilmiştir. Bu konu hakkında yapılan araştırmaların çoğu lateral kesici dişlerdeki invaginasyonun periapikal lezyonlara neden olduğu ve bu lezyonların başarılı bir şekilde tedavi edilmesini ve semptomatik periapikal periodontitisin iyileşmesini göstermektedir.

OLGU BİLDİRİMİ

Yirmi dört yaşındaki erkek hasta Gazî Üniversitesi Diş Hecialıkları Fakültesi oral lateral dişlerdeki diş gerçeğiyle bağı vardır. Hastanın genel ve detaylı tıbbi öyküsü şöyledir: Hasta doğumundan itibaren sağlıklı ve gelişimi normaldir.