

Yanakta Periferik Büyük Hücreli Granülom: Olgu Sunumu

Peripheral Giant Cell Granuloma of The Cheek: Case Report

Nagihan Bilal¹, Selman Sarica¹, İbrahim Orhan¹, Abdullah Arslan¹, Bora Bilal²

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Correspondence / Yazışma Adresi:

Nagihan BİLAL

Haydar Bey Mah.32120. Sok. Beytepe sitesi 4. Blok No:13 Kahramanmaraş / Turkey

E-mail: nagihanyazan@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : **31.07.2017**

Kabul Tarihi / Accepted : **20.12.2017**

Özet

Amaç: Periferik dev hücreli granüloma, oral kavitenin reaktif, eksofitik lezyonu olup dev hücreli epulis, dev hücreli reparatif granüloma, dev hücreli hiperplazi veya osteoklastoma olarak da isimlendirilmektedir. Kadınlarda daha sıklıkla görülen periferik dev hücreli granülomlar, tüm yaşlarda görülse de 50-60 yaşlarında sıklıklar görülür. Mandibulada görülen benign lezyonlar arasında reparatif granülom %7 oranındadır. Bu sunumda kliniğimize yanakta hızla büyüyen kitle nedeni ile başvuran hastada saptanan dev hücreli reparatif granülomun tanı, klinik ve tedavi yöntemleri tartışılmıştır. (**Sakarya Tıp Dergisi 2017, 7(4):240-245**)

Anahtar Kelimeler: Periferik büyük hücreli granülom; yanak; yüksek tekrarlama hızı

Abstract

Objective: Peripheral giant cell granuloma is a reactive, exophytic lesion of oral cavity and is also called giant cell epulis, reparative giant cell granuloma, giant cell hyperplasia or osteoclastoma. Peripheral giant cell granuloma more commonly seen in women. Although the granuloma seen in all age groups, 50-60 years lead to higher frequency. Reparative granuloma of benign lesions seen in the mandible is 7%. In this presentation, diagnostic, clinical and therapeutic methods of reparative giant cell granuloma detected in patient, admitted to our clinic because of a rapidly growing audience in her cheek, with reparative giant cell granuloma, are discussed. (**Sakarya Med J 2017, 7(4):240-245**)

Keywords: Peripheral giant cell granuloma; cheek; high recurrence rate

Giriş

Periferik dev hücreli granüloma, oral kavitenin reaktif, ekzofitik lezyonu olup dev hücreli epulis, dev hücreli reparatif granüloma, dev hücreli hiperplazi veya osteoklastoma olarak da isimlendirilmektedir¹. Alt ve üst çene bölgesinde görülen dev hücreli lezyonlar arasında Brown tümörleri, dev hücreli tümörler, santral veya periferik yerleşimli dev hücreli granülomalar mevcuttur². Dev hücreli granülomalar, travma veya inflamasyona sekonder gelişen nonneoplastik lokal lezyonlardır. Periost, bağ dokusu ya da periodontal ligamentten köken alan bir lezyonlardır. Diş eti dokusunun zedelenmesine cevap olarak oluşan hiperplastik, reparatif bir bağ doku cevabıdır³. Farklı şekillerle vücuda girmiş olan yabancı cisimler erken dönemde çıkarılmazsa ve vücudun immun sistemi tarafından ortadan kaldırılmazlarsa bu yabancı cisimler çevresinde inflamatuvar doku reaksiyonu olarak yabancı cisim granülomu oluşur. Bu lezyonların mikroskopisinde çevresinde inflamatuvar reaksiyonla birlikte çok sayıda yabancı cisim dev hücreler görülür⁴

Bu sunumda kliniğimize yanakta hızla büyüyen kitle nedeni ile başvuran hastada saptanan dev hücreli reparatif granülomun tanı, klinik ve tedavi yöntemleri tartışılmıştır.

Vaka Sunumu

72 yaşında bayan hasta, kliniğimize başvurduğunda hastanın yaklaşık 50 yıl önce o bölgeye künt bir darbe almasının ardından yaklaşık 1 cm çapında bir şişlik olduğu, bu şişliğin boyutunda son 2 aya kadar değişiklik olmadığı, bu kitle nedeni ile herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı öyküsünde tesbit edilmiştir. Kitlenin aniden büyümesinin nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bir ay önce başvurduğu bir diş merkezde alınan İİAB sonucu "malign epitelial hücreler, sitopatolojik bulgular ön planda squamöz hücreli karsinomu düşündürmektedir" olarak rapor edildi. Hastanın kliniğimizde yapılan muayenesinde yüzünde yaklaşık 10x8x4 cm lik kitle (Resim-1) ve yanak mukozasına açılmış halde sınırları önde kanin dişten arkada 2. molar dişe dek uzanan yaklaşık 4x3 cm' lik ülserovegetan kitle (Resim-2) izlenmekteydi. Boyun muayenesinde metastaz düşünebilecek herhangi bir lenfadenopati veya diğer bir kitleye rastlanmadı, yapılan endoskopik muayeneleri doğal olarak izlendi. Hastanın maksillofasiyal bilgisayarlı tomografisinde "Sol yanak mesafesinde cilt altı yumuşak doku içerisinde aksiyal

planda en geniş yerinde yaklaşık 90x60 mm boyutunda kalsifik odaklar ve hipodens alanlar (kistik / nekrotik?) içeren, heterojen kontrastlanan, posteriora masseter kası ile yakın komşuluk gösteren, iyi sınırlı düzgün konturlu solid kitle lezyonu" şeklinde raporlandı. (Resim-3)



Resim1: Hastanın ilk başvurusundaki 10x8x4 cm lik kitle

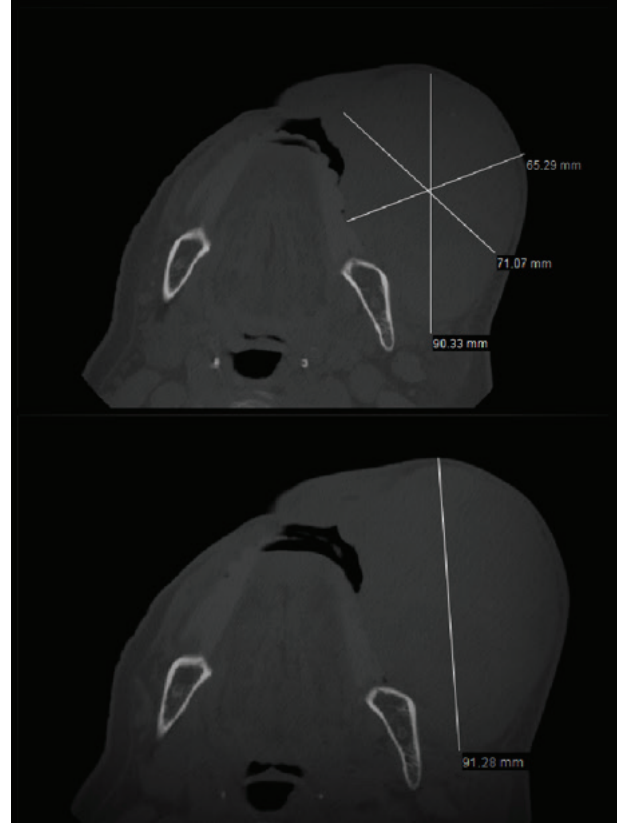


Resim 2: Kitlenin oral bölgeye uzanımı

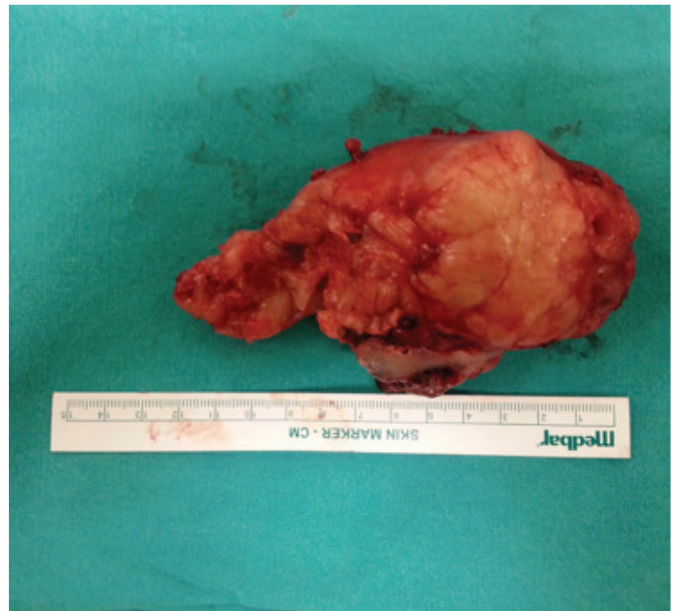
Hastanın ağız içine açılmış olan lezyonundan yapılan punch biyopsi sonucu "Periferik dev hücreli granülom" olarak raporlandı. Hastanın lezyonu ağız içerisinden yanak mukozasına yapılan insizyonla diseksiyonla çıkarıldı. Yaklaşık 12x 6,5 cm' lik kitle çıkarıldı. (Resim-4) Bukkal mukozada oluşan defekt primer olarak onarıldı. Postoperatif 4. günde taburcu edilen hastada postoperatif erken dönemde cerrahiye ait herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Postoperatif patoloji "reperatif dev hücreli granülom (Epulis)" olarak raporlandı. Yirmi iki gün sonra kontrole gelen hastada kitlede nüks izlendi ve bu daha önce dış merkezde yanaktan alınan inceleme için aspirasyon biyopsisi sonucu ile oluşan ekilme nedenli olduğu düşünüldü. Postoperatif 22. gün muayenesinde sol yanak cildinde 3x3x3 cm.lik dışa doğru uzanan polipoid kırmızı-pembe renkli kitle izlendi, ek olarak yanak palpe edildiğinde yaklaşık 6x8 cm.lik bir büyüme gözlemlendi.(Resim-5)

Hasta operasyona hazırlandı. Ekilme olduğu düşünülen cilt ve ciltaltı dokuda bulunan kitlenin geniş eksizyonu sağlandı ve primer olarak kapatıldı. Postop ikinci gün herhangi bir şikayeti olmaması üzerine taburcu edildi. Patolojisi dev hücreli tümör olarak raporlandı. Dış merkeze sevk edilen hastanın orada değerlendirilen patoloji blokları sonucunda malign dev hücreli kemik tümörü düşünüldü ve inoperabl kabul edilen hastaya müdahale edilmeden taburcu edildi. Hasta kliniğimize tekrar başvurduğunda yanaktaki kitlenin hızlı büyüme gösterdiği izlendi, buna bağlı olarak yutma zorluğu, iştahsızlık, beslenmede bozulma, solunum sıkıntısı şikayetleri görüldü. Hastanın yapılan muayenesinde sol yanakta orbita alt sınırından submandibuler alana uzanan yaklaşık 10*8 cm.lik ülserate vejetan kötü kokulu kitle izlendi.

Ağız içerisinde 4*5 cm.lik kanamalı alanlar bulunan ülserate kitle izlendi. Hastanın inoperabl kabul edilmesi üzerine hastaya trakeotomi ve Perkutan endoskopik gastrostomi açılması planlandı. Hastaya parenteral beslenme uygulandı. Solunum sıkıntısı üzerine trakeotomi açılarak postoperatif genel durum bozukluğu olması üzerine yoğun bakıma devir edildi. Hastadan trakeotomi açılırken yapılan biyopsi raporu malign mezenkimal tümör ile uyumlu bulgular şeklindeydi. Hastanın yoğun bakım takiplerinde multiorgan yetmezliği nedeniyle eksitus meydana geldi.



Resim 3: Kitlenin bilgisayarlı tomografideki görüntüsü



Resim 4: Operasyonda çıkarılan kitle



Resim 5: Operasyon sonrası nüks eden kitle

Tartışma

Periferik dev hücreli granülomlar sıklıkla santral yerleşimli iken nadiren periferik yerleşimli olarak görülürler. Santral yerleşimde etyoloji net değildir ancak genetik ve travma suçlanmaktadır. Periferik yerleşimlerde sıklıkla kötü oral hijyen, oral mukozaya travmasına neden olabilecek kötü protezler ve travmatik diş çekimleri nedendir. Bu nedenle periferik olanlara reaktif lezyonlar denilmektedir⁵.

Dev hücreli lezyonlar; çok yavaş büyüyerek semptom vermeyebildikleri gibi, hızlı gelişerek agresif yapıda olup yüksek nüks oranlarına neden olan lezyonlar da oluşturabilirler². Gingival bölgedeki büyümelerin nedeni yerel iritanlardır⁵. Periferik dev hücreli granülom morumsu kırmızı renkte, polipoid veya nodüler yapıda olup mukoperiostiumdan gelişir. Boyutu genellikle 2 cm.nin altındadır

ancak vakamızda yaklaşık 11- 12 cm kadardı. İlk oluşum zamanlarında asemptomatik iken, devam eden dönemde kanama, rezorpsiyon, dişlerde maloklüzyon veya mobilitateye neden olabilir³.

Kadınlarda daha sıklıkla görülen periferik dev hücreli granülomlar, tüm yaşlarda görülse de 50- 60 yaşlarında sıklıklar görülür³. Lezyonların %66 sı mandibulada %34 ü maksilla'da bulunur⁶. Çenede görülen lezyonlar arasında reaktif granülom %7 oranında görülmektedir¹.

Lezyonun lokalizasyonuna bağlı olmakla birlikte semptomlar ağrı, lokalize şişlik, kanama ve sinonazal traktus tutulumunda nazal obstrüksiyon, epistaksis ve dişlerde kayma ve maloklüzyona neden olabilir. Benign bir lezyon olmasına karşın lokal destrüksiyon yapabilir, yavaş progresyondan agresif büyümeye kadar değişik şekillerde görülebilirler, gebelikte büyüme hızları artar¹. Hastamızda çok agresif ve hızlı bir büyümeye sebep olmuştur. Bası semptomlarına bağlı beslenme problemleri ve hava yolu obstrüksiyonu görülmüştür.

Özellikle büyük boyutlara ulaşan granülomlar, makroskopik olarak baş-boyun bölgesi malign tümörleri ile ayırıcı tanıya ihtiyaç duyarlar. Malign ve benign kitle ayırımında olduğu gibi, granüloma vakalarında da dev hücreli reaktif granülom ile yabancı cisim dev hücreli granüloma vakalarının ayırımında histopatolojik inceleme önemli yer tutar⁴. Histolojik incelemede lezyon çok sayıda fibroblastik hücre ile beraber hemorajik alanların çevresinde toplanmış şekilde görülen multinükleer dev hücreler bulunur. Bununla birlikte yine çoğu lezyonda hemosiderin artıkları, enflamasyon hücreleri ve osseoz karakterdeki kalsifiye alanlar da histolojik olarak izlenebilir³.

Periferik dev hücreli granülomun tedavisi lezyonun çevre yumuşak dokulardan bir miktar sağlam doku ile birlikte eksizyonu ve ilgili bölgenin küretajıdır. Bununla birlikte lezyona sebep olduğu düşünülen lokal iritanlar, enfeksiyonlar gibi etiyolojik faktörlerin ortadan kaldırılması nüks olasılığını azaltmak için çok önemlidir⁶. Çenedeki lezyonlarda sadece cerrahi ile nüks %15 lerde iken, sinonazal bölgede görülenlerde nüks oranı daha düşüktür⁷. Yüksek nüks riski nedeniyle cerrahiye kriyoterapi, kalsitonin ve steroid

enjeksiyonu eklenebilmektedir^{1,8,9}. Vakamızda kitlenin çok büyük olması nedeniyle cerrahi küretaj uygulandı. Buna rağmen hızlı rekürrens izlendi.

Sonuç

Periferik dev hücreli granülomlar baş ve boyun dışında vücudün diğer bölgelerinde görülebilen, genç veya ileri yaş hasta grubunu etkilen kitlelerdir. Etyoloji net olmamakla birlikte çeşitli risk faktörleri suçlanmaktadır. Benign kitleler olmasına karşın ileri derecede agresif seyirli, destrüksiyona yol açabilen lezyonlar oluşturabilirler. Ayırıcı tanıda Brown tümörü, yabancı cisim granülomu ve malignensiler akılda tutulmalıdır. Farklı tedaviler denenmiş olmasına karşın hastalığın yüksek nüks riski olması nedeniyle etyoloji ve tedavi alanında daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Unal M, Karabacak T, Vayisoglu Y, Bagis HE, Pata YS, Akbas Y. Central giant cell reparative granuloma of the mandible caused by a molar tooth extraction: Special reference to the maneuver of drilling the surgical field. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 98: 165-8.
2. Türker M, Yücetaş Ş. Ağz, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. Özyurt Yayınları, Ankara: 2004. s 368-369
3. Aslan M, Kaya GŞ, Dayı E, Akkaş İ, Demirci E. Erken yaşta görülmüş periferik dev hücreli granüloma (vaka sunumu). *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2006;16: 61-64.
4. Vargas-Machuca I, Gonzalez-Guerra E, Angulo J, del Carmen Farina M, Martin L, Requena L. Facial granulomas secondary to dermalive microimplants: Report of a case with histopathologic differential diagnosis among the granulomas secondary to different injectable permanent filler materials. *Am J Dermatopathol*. 2006;28 (2) :173-7.
5. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations. In: John Dolan, editor. *Reactive lesions*. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2008.p.112-3.
6. Ozcan C, Apaydin FD, Gorur K, Apa DD. Peripheral giant cell granuloma of the mandibular condyle presenting as a preauricular mass. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 178-181.
7. Waldron CA, Shafer WG. The central giant cell reparative granuloma of the jaws. An analysis of 38 cases. *Am J Clin Pathol* 1966; 45: 437-47.
8. Webb DJ, Brockbank J. Combined curettage and cryosurgical treatment for the aggressive "giant cell lesion" of the mandible. *Int Oral Maxillofac Surg* 1986; 15 (6): 780-5.
9. 34.Haris M. Central giant cell granulomas of the jaws regress with calcitonin therapy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1993;31 (2) :89-94.

