

Stafne Kemik Kavitesi: Bir Olgu Sunumu

Stafne Bone Cavity: A Case Report

¹Nihat Akbulut, ¹Emrah Soylu, ²Kemal Özgür Demiralp, ³Turhan Sulhan, ⁴Halil Şahman

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat.

²Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Ankara.

³Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Ankara.

⁴İzzet Baysal Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Bolu.

Sorumlu Yazar

Doç. Dr. Nihat Akbulut

Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat.

Tel: 05054489263

e-mail: drnihatakbulut@yahoo.com

Özet

Bu tip lezyonlar, Stafne'nin kemik kavitesi (SKK) ya da kisti, statik kemik kisti, idiopatik kemik kavitesi, mandibular tükürük bezi defekti ve lingual mandibular kemik defekti gibi çeşitli isimler altında da adlandırılmaktadır. SKK görülme insidansı %0,1-1,2 arasında değişmektedir ve en sık erkek bireylerde ve 5. ile 6. dekatlarda görülmektedir. Bu vaka raporunda diş kontrolü amacıyla panoramik filmi alınan 36 yaşındaki erkek hastanın stafne kemik kavitesinden söz edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stafne kemik kavitesi (SKK), Konik ışımlı bilgisayarlı tomografi (KIBT), Panoramik radyografi

Abstract

This kind of lesions were known under various named as Stafne's bone cavity (SBC) or cyst, static bone cyst, idiopatic bone cavity, mandibular salivary gland defect and lingual mandibular bone defect. The incidence of SBC ranges between 0,1-1,2% and mostly seen in 5-6. decades of male patiens. In this case report, it is mentioned stafne bone cavity of 36 years old the male patient with taken panoramic roentgen for controlling teeth health of him.

Keywords: Stafne bone cavity (SBC), Cone beam computed tomography (CBCT), Panoramic roentgen

Giriş

Edward Stafne tarafından ilk kez 1942 yılında 34 hastaya ait intraoral radyografide tanımlanmış olup ikinci/üçüncü molar bölgesinde, yuvarlak veya oval şekilli, asemptomatik seyreden yoğun radyopak sınıra sahip radyolüsent lezyonlar Stafne Kemik Kavitesi (SKK) olarak tanımlanmıştır (1). Radyolojik olarak kemik defektinin kortikal dış sınırı odontojenik kiste göre daha yoğun ve kalındır (1). SKK, Stafne'nin kemik defekti ya da kisti, statik kemik kisti, idiopatik kemik kavitesi, mandibular tükürük bezi defekti ve lingual mandibular kemik defekti gibi çeşitli isimler altında da adlandırılmaktadır (1-4).

SKK'lar yerleşim yerlerine göre 4 şekilde tanımlanırlar: 1.molar ve angulus arasında, inferior kanalın altında lokalize olan posterior lingual tipi, keser ve premolar dişler arası mylohyoid kasın yapışma yerinin üstünde lokalize olan anterior lingual tipi, ramusun bukkal veya lingualinde lokalizasyon gösteren ramus tipleri (1,2). En sık karşılaşılanı posterior lingual tipidir. Anterior lingual tipi buna nispeten nadirdir ve 7 kat daha az görülmektedir. Ramus tipleri ise oldukça nadir görülen kemik kaviteleridir (1).

Gerçek patogenezi tam olarak net olmamakla birlikte Stafne normal kemik oluşumu esnasında önceden kırıldak olan alanda meydana gelen bir sorun nedeniyle olduğunu belirtmiştir (1,5). Fakat genel kabul gören görüşe göre kaviteelerin tükürük bezi komşuluğundaki alandaki mandibulanın lingual yüzeyine lokalize basınç atrofisi ile oluştuğu yönündedir (1,6). Birçok yaş grubunda görülmesine rağmen, erkeklerde 5. ve 6. dekatlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (1,2,7). Biyopsi almaya veya herhangi bir tedavi

uygulamaya gerek yoktur (1). Ayırıcı tanı ossifiye fibroma, travmatik kemik kisti ve florid osseoz displazi gibi benign lezyonları veya ameloblastoma gibi malign lezyonları da içermektedir (7, 8).Radyografik bulguların kesin tanıya ulaştıramadığı durumlarda, sialografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi destekleyici görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır (1).

Bu vaka raporunda diş kontrolü amacıyla panoramik filmi alınan 36 yaşındaki erkek hastanın stafne kemik kavitesinden söz edilmektedir.

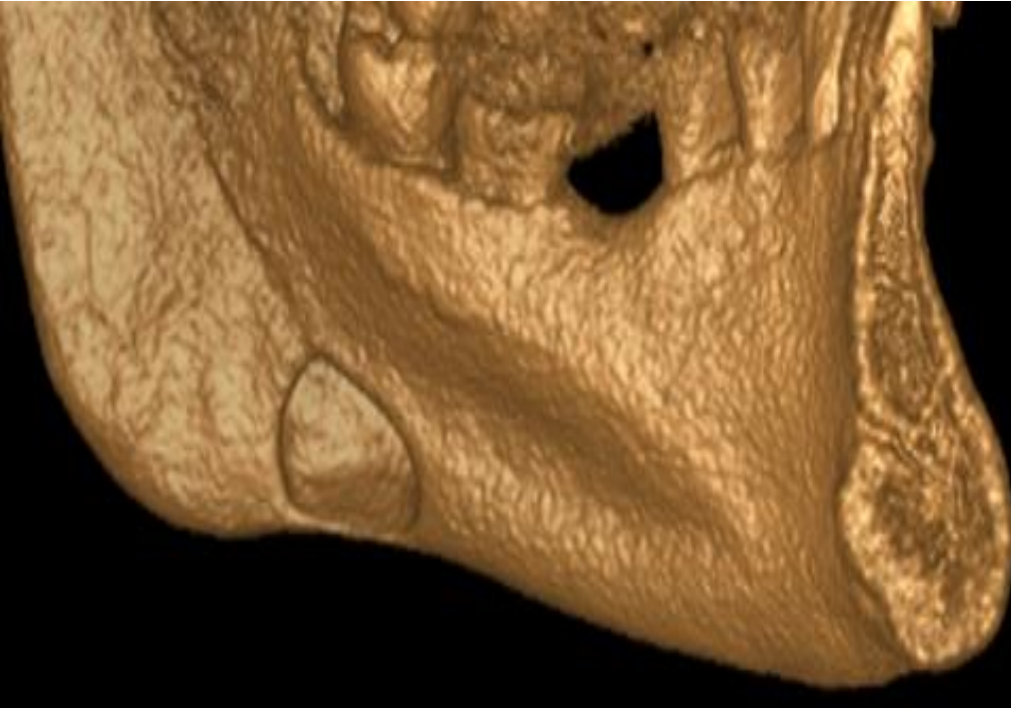
Olgu Sunumu

Otuzaltı yaşındaki erkek hasta Aralık 2014 tarihinde kliniğimize rutin diş kontrolü amacıyla başvurdu. Hastadan alınan anamnez sonucunda herhangi bir sistemik rahatsızlığının bulunmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan klinik muayenesinde 16 ve 36 nolu dişleri eksik, 17, 26, 37, 46 ve 47 nolu dişlerinde restorasyon izlendi. Radyolojik muayene için alınan panoramik film değerlendirilmesi sonucunda sol alt yirmi yaş dişinin altında angulus mandibulanın önünde iyi sınırlı oval radyolüsent alan izlendi (Resim 1). Yirmi yaş dişi ile ilişkisinin olmaması, semptomsuz olması ve mandibular kanalın altında olması sebebiyle SKK'den şüphelenildi. Tanıyı doğrulamak amacıyla hastadan üç boyutlu inceleme için konik ışınli bilgisayarlı tomografi alındı (Resim 2-4). Yaklaşık 10x15 mm boyutlarında olan radyolüsent alanın kistik bir lezyon olmadığı ve submandibular tükürük bezinden kaynaklı bir kavite olduğu anlaşıldı ve kaviteye SKK tanısı konuldu.

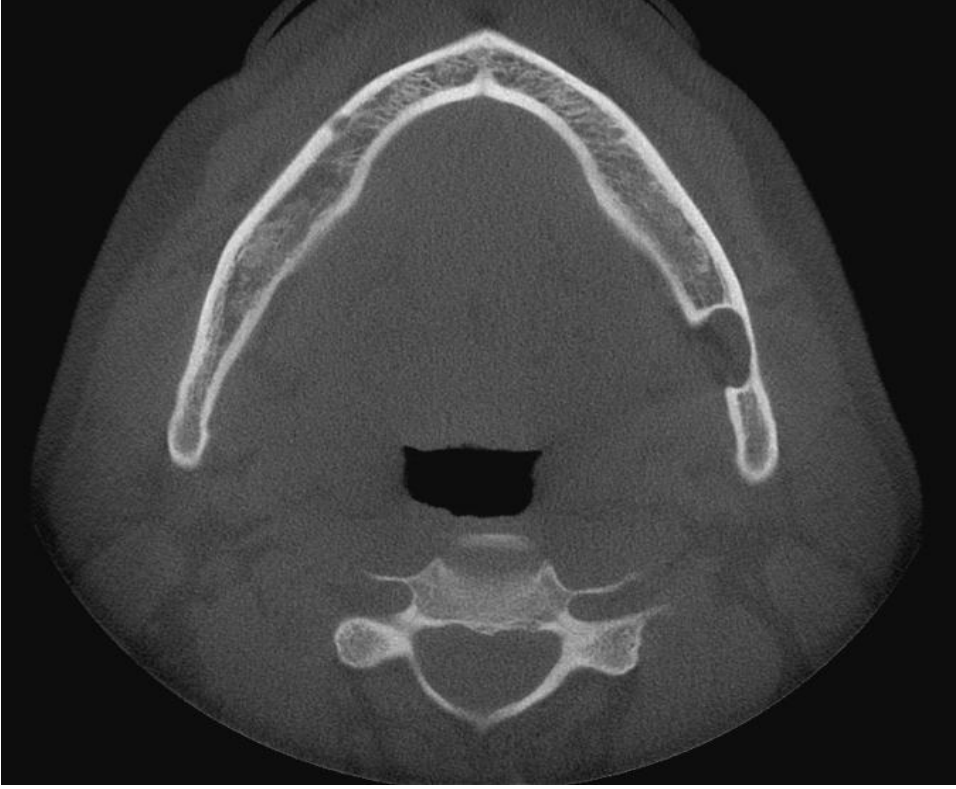
Resim 1: Stafne kemik kavitesinin panoramik rekonstrüksiyondaki görüntüsü.



Resim 2: Stafne kemik kavitesinin 3 boyutlu rekonstrüksiyondaki görüntüsü.



Resim 3: Stafne kemik kavitesininaksiyel kesitteki görüntüsü.



Resim 4: Stafne kemik kavitesinin sagittal kesitteki görüntüsü.



Tartışma

SKK görölme insidansı % 0,1-1,2 arasında değişmekte (1) ve en sık erkek bireylerde ve 5. ile 6. dekatlarda görölmektedir (2). Şahin ve ark.'nın (2) çalışmasında yaş ortalaması 53,8 yıl, Quesada-Gómezve ark.'nın (9) çalışmasında ise 51,2 yıl olarak bulunmuştur. Bizim vakamızda ise hasta 34 yaşında ve erkektir.

Literatürde SKK doğası, içeriği, kökeni ve oluşumundaki etken faktörlerle ilgili bir fikir birliği yoktur (2). Etiyolojisiyle ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. Stafne, lingualde kavite oluşmasını, kıkırdak dokularında kemik oluşmasındaki eksiklik nedeniyle oluştuğunu belirtmiştir (1-3). Bir başka görüş ise kemik depresyonunun bez dokularının mandibulanın lingual korteksine baskısı sonucu oluştuğunu savunmaktadır (2). Submandibular bez posterior tipiyle, sublingual bez anterior tipiyle ve parotis bezi yükselen ramusta görölen iki tipiyle ilişkilidir (8, 10). Bezdeki çıkıntının cerrahi işlemlerle alınmasından sonra SKK'nin küçüldüğüne dair yayınlar bulunmaktadır (2). SKK'ların içeriğiyle ilgili yapılan girişimlerde normal tükürük bezi dokusu dışında daha az sıklıkta, fibrovasküler bağ dokusu, kemik parçacıkları, çizgili kas dokusu, lenfoid doku ve yağ dokusu histolojik olarak belirlenmiştir (2,5).

Rutin radyografilerde tesadüfen fark edilen SKK'lerinin kistik ve tümoral lezyonlardan ayırt edilmesi gerekmektedir (2,11). SKK ile ilgili, vaka raporlarında, bulguları intraoral dental filmlerle veya panoramik röntgenlerle karşılaştırılmıştır. Bu yöntemler teşhis için genelde yeterli olmasına rağmen, lezyon atipik olduğunda yeterli olmayabilir. Bu durumlarda, destekleyici işlemler yapılmalıdır. Bu destekleyici işlemler yardımıyla, travmatik

kemik kisti, basit kemik kisti, periapikal kist, dentigeröz kist, keratokistik odontojenik tümör, non-ossifiye fibrom, fibröz displazi, ameloblastoma, metastazlar, dev hücreli tümörler, vasküler malformasyonlar, fokal osteoporotik kemik defektleri, bazal hücreli nevus sendromu ve hiperparatiroidizmdeki Brown tümörleri gibi mandibulada radyolüsent görüntü veren diğer lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılabilir (2,3,11-13). Sunulmuş olan vaka kliniğimize rutin muayene amacıyla başvurmuş olup panoramik radyografi çekimi sonucu fark edilen SKK tamamen asemptomatiktir. Ancak kesin tanı KIBT yardımıyla konulmuştur.

Bu nedenle ilave ileri görüntüleme tekniklerine ihtiyaç vardır. Bu teknikler KIBT, bilgisayarlı tomografi (BT), sialografi ve MR görüntülemeleridir. Bu yöntemlerle kesin teşhis koymak mümkündür (14). Detaylı görüntülemeler teşhis ve gereksiz cerrahi girişimlerden sakınmak için önemlidir (11,15). Kavitenin tükürük içermediği ve/veya kas, fibröz bağ dokusu, kan damarları, yağ veya lenfoid doku içerdiği durumlarda sialografi ve aspirasyon negatif sonuç verebilir. Sialografi posterior yerleşimli SKK'larda uygulanabilmekle birlikte anterior yerleşimli olgularda sublingual bez için uygulanması oldukça kısıtlıdır. Çünkü çapları dar olan birçok Rivinus kanallarına kanülasyon yapmak oldukça zor bir işlemdir (2). Bununla birlikte sepsis, asiner yırtılma ve kanalda travma ve benzeri komplikasyonlar görülebilmektedir (2,3). Ayrıca hasta açısından zor ve rahatsız edici bir teknik olabilmekte ve hasta kontrast maddeye maruz kalmış olmaktadır (3).

BT, diğer kemik patolojileriyle SKK'nin ayırıcı tanısını yapmada tamamlayıcı teşhis işlemidir (7). Vakamızda detayı BT'ye nazaran daha iyi olan ve radyasyon dozu

açısından daha az olan KIBT tercih edilmiştir. Segev ve ark. (16) SKK'nin teşhisinde, BT kullanımının MRG'den daha kolay olduğunu, ancak MRG'nin kavite içeriğini belirlemede önemli olduğunu belirtmişlerdir. Minowa ve ark. (17) da BT sonuçları ile kavitenin histolojik içeriği arasında korelasyon olduğunu belirtmişlerdir.

Bereket ve ark. (18) asemptomatik radyölüsent lezyonu olan hastanın kesin teşhisi için KIBT ve MRG'yi birlikte kullandıklarını ve bunun sonucunda plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı tarafından daha önce planlanmış cerrahi girişime gerek kalmadığını belirtmişlerdir. Bu nedenle klinisyenlere ve cerrahlara bu tür lezyonların tanımlanması ve gereksiz cerrahi girişimlerin getireceği komplikasyon ve hukuki süreçlerden sakınmak için DBT ve kombinasyonundan yararlanmalarını önermektedirler (18). Hastadan biyopsi almaya veya herhangi bir tedavi uygulamaya gerek yoktur (19).

Kürklü ve ark. (20) ile Ezirganlı ve ark. (21) SKK'nin tedavi gerektirmediğini ve hastanın klinik ve radyolojik olarak takibinin yeterli olacağını bildirmişlerdir. Cerrahi girişim ve biyopsinin ise radyografik bulguların tipik olmadığı durumlarda patolojik bir lezyon olasılığını dışlamak için ve radyolojik takipte kavite boyutlarında değişiklik olması durumunda yapılması önerilmektedirler (20). Bizim vakamızda da hastaya takip önerilmiştir.

Kaynaklar

1. Stafne EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. *J Am Dent Assoc.* 1942;29:1969-72.
2. Campos PS, Oliveira JAC, Dantas JA, et al. Stafne's defect with

buccal cortical expansion: a case report. *Int J Dent.* 2010;2010:1-3.

3. Branstetter BF, Weissman JL, Kaplan SB. Imaging of a Stafne bone cavity: what MR adds and why a new name is needed. *Am J Neuroradiol.* 1999;20:587-9.
4. De Courten A, Küffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafnedefect) presenting as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94:460-4.
5. Aguiar LB, Neves FS, Bastos LC, Cruso'e-Rebello I, Ambrosano GM, Campos PS. Multiple Stafne Bone Defects: A Rare Entity. *ISRN Dent.* 2011;2011:1-3.
6. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral CirBucal.* 2006;11:345-7.
7. Grellner TJ, Frost DE, Brannon RB. Lingual mandibular bone defect: report of three cases. *J Oral Maxillofacial Surg.* 1990;48:288-96.
8. Philipsen H, Takata T, Reichart P, Sato S, Swei Y. Lingual and buccal mandibular bone depressions: A review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new cases from Japan. *Dento maxillofac Radiol.* 2002;31:281-9.
9. Quesada-Gómez C, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral CirBucal.* 2006;11:277-80.

10. Barker G. A radiolucency of the ascending ramus of the mandible associated with investid parotid salivary gland material and analogous with a Stafne bone cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1988;26:81-4.
11. Krafft T, Eggert J, Karl M. A Stafne bone defect in the anterior mandible: a diagnostic dilemma. *Quintessence Int.* 2010;41:391-3.
12. Adra NA, Barakat N, Melhem RE. Salivary gland inclusion in the mandible: Stafne's idiopathic bone cavity. *Am J Roentgenol.* 1980;134:1082-3.
13. Tsui SH, Chan FF. Lingual mandibular bone defect: case report and review of the literature. *Aust Dent J.* 1994;39:368-71.
14. Dolanmaz D, Etöz OA, Pampu AA, Kılıç E, Şişman Y. Diagnosis of Stafne's bone cavity with dental computerized tomography. *Eur J Gen Med.* 2009;6:42-5.
15. Turkoglu K, Orhan K. Stafne bone cavity in the anterior mandible. *J Craniofac Surg.* 2010;21:1769-75.
16. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity: magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:345- 7.
17. Minowa K, Inoue N, Izumiyama Y, Ashikaga Y, Chu B, Maravilla KR, Totsuka Y, Nakamura M. Static bone cavity of mandible: computed tomography findings with histopathologic correlation. *Acta Radiologica.* 2006;47:705-9.
18. Bereket MC, Şenel E, Şener İ. A rare case of stafne bone cavity including adipose tissue. *Cumhuriyet Dent J.* 2012;15:249-54.
19. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RCK. Oral pathology–clinical–pathologic correlations. Philadelphia: WB SaundersCo, 2003;259–60.
20. Kürklü E, Ögüt M, Kazancıoğlu HO, Ak G. Stafne's Bone Cavity: Report Of Two Cases. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg.* 2012;5;10-5.
21. Ezirganlı Ş, Taşdemir U, Mihmanlı A, Özer K, Ün E, Kırtay M. Stafne'nin Kemik Kavitesi: 2 Olgu Sunumu GÜ Diş Hek Fak Derg. 2012;29:111-4.

