

Santral Dev Hücreli Reparatif Granüloma: Bir Olgu Sunumu

Central Giant Cell Reparative Granuloma: A Case Report

ÖZ

Santral dev hücreli reparatif granülomalar; nadir görülen, çenelerin tüm benign tümörlerinin %7'sinden daha azını oluşturan lezyonlardır. Gerçek etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, reaktif, enflamatuvar, enfektif veya neoplastik bir oluşum olabileceği düşünülmektedir. Çoğu benign karakterdedir fakat daha agresif olan olgular da mevcuttur. Lezyonlar, geniş yaş aralığında görülmekle birlikte, daha çok 30 yaş altındaki bireylerde ortaya çıkar. Bu çalışmanın amacı, mandibular premolar bölgesinde agresif seyirli reparatif santral dev hücreli granülom olgusu sunmaktır.

14 yaşındaki erkek hasta mandibulada ekspansiyon ve sağ mandibular premolar dişlerin sallanması şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan intraoral muayenede kemik ekspansiyonu ve etkilenen dişlerin mobilitesi gözlemlendi. Radyolojik incelemede ilgili bölgede uniloküler radyolüsent lezyonlar gözlemlendi. Konik ışınli bilgisayarlı tomografik incelemede bukkal ve lingual kemikte perforasyonlar izlendi. Lezyon lokal anestezi altında insize edilerek histopatolojik incelemeye gönderildi.

Histopatoloji sonucunda lezyonun reparatif santral dev hücreli granülom olduğu belirlendi. Lokal anestezi altında lezyon tümüyle eksize edilerek etkilenen dişler çekildi. Santral dev hücreli granülomalarda nüks oluşabileceği göz önünde bulundurularak, hasta 3 ay sonra kontrole çağrıldı. Herhangi bir nüks gözlenmedi.

Anahtar sözcükler: Santral Dev Hücreli Granüloma, Reparatif Granüloma, Konik Işınli Bilgisayarlı Tomografi.

ABSTRACT

Central giant cell reparative granulomas; rare, lesions of less than 7% of all benign tumors of the jaws. Although its true etiology is not known, it is thought to be a reactive, inflammatory, infective or neoplastic process. Most of them are benign, but there are also more aggressive cases. Lesions appear in a wide age range, but mostly in individuals under the age of 30. The purpose of this paper is to present a case of reactive central giant cell granuloma in the mandibular premolar region.

A 14 year old male patient applied to our clinic because of swelling of mandible and teeth mobility. Bone expansion and mobility of the affected teeth were observed. Unilocular radiolucent lesions were observed in the radiological examination. Cone beam computed tomography examination showed buccal and lingual bone perforations. The lesion was incised under local anesthesia and sent for histopathological examination.

The diagnosis of central giant cell reparative granuloma was made with histopathologic examination. Under local anesthesia, the lesion was completely excised and the affected teeth were withdrawn. Considering the recurrence of central giant cell granulomas, the patient was called for control after 3 months. No relapse was observed.

Key words: Central Giant Cell Granuloma, Reparative Granuloma, Cone Beam Computed Tomography.

Murat ARSLAN¹

Turgay Peyami HOCAOĞLU¹

Fatmanur KETENCİ²

- 1 Cumhuriyet Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı,
Sivas, Türkiye
- 2 Yeditepe Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye



Geliş tarihi / Received: 14.12.2018
Kabul tarihi / Accepted: 17.12.2018
DOI: 10.21306/jids.2018.257

İletişim Adresi/Corresponding Adress:

Murat ARSLAN
Cumhuriyet Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Sivas, Türkiye
E-posta/e-mail: dt.murat_arслан@hotmail.com

GİRİŞ

Santral dev hücreli reparatif granülomalar (SDHRG); nadir görülen, çenelerin tüm benign tümörlerinin %7'sinden daha azını oluşturan lezyonlardır (1,2). Gerçek etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, reaktif, enflamatuvar, enfektif veya neoplastik bir oluşum olabileceği düşünülmektedir (3). Çoğu benign karakterdedir fakat daha agresif olan olgular da mevcuttur (4). Bayanlarda daha sık rastlanır (5). Hemen hemen sadece çenelerde ve çenelerin genellikle diş içeren bölgelerinde yerleşir (1,4). Mandibulada, maksillaya oranla en az 2 kat daha sık görülür (3). İlk 2 dekattaki bireylerde, mandibulada birinci molar dişin anteriorunda, maksillada ise kanin dişin anteriorunda görülme eğilimi varken daha yaşlı bireylerde sıklıkla çenelerin posteriorunda yerleşir (6). Klinik olarak yavaş ve asemptomatik büyüme gösterebileceği gibi; nüks eden, agresif, ağırlı bir lezyon olarak da görülebilir (2).

Lezyon radyografik olarak; iyi sınırlı radyolusensiden, kötü sınırlı radyolusensiye veya multiloküler radyolusensiye kadar değişen birkaç formda görülebilir (4). Genellikle yavaş büyümesinden dolayı, mandibulada iyi sınırlı marjine sahip olarak görülür. Çoğu olguda lezyonun periferi kortikasyon göstermez. Maksillada ise kötü sınırlı olabilir ve malign bir görünüm sergileyebilir. Özellikle küçük lezyonlarda internal yapı görülmezken, diğer lezyonlarda ince granüler bir kalsifikasyon paterni ve ince, düzensiz sınırlı septalar görülür. Bu granüler septaların varlığı, özellikle septa lezyonun periferinden dik açıyla çıkıyorsa, santral dev hücreli granüloma için karakteristiktir. Bazı olgularda septa daha iyi sınırlıdır ve internal yapıyı kompartmanlara ayırarak, multiloküler bir görüntü oluşturur. Lezyon, dişlerde sıklıkla yer değiştirmeye, lamina dura kaybına ve irregüler kök rezorbsiyonuna sebep olur. Mandibula yerleşimli lezyonlarda, inferior alveolar kanal, inferior yönde yer değiştirebilir (6).

SDHRG, maksilla ve mandibulanın kortikal sınırlarını genişletme eğilimindedir. Bu genişleme genellikle düzensiz veya dalgalı şekilde meydana gelerek, okluzal röntgende incelendiğinde çift sınır görüntüsü verebilir. Genişlemiş mandibula kenarını oluşturan kemik, kortikal kemiğe kıyasla granüler bir yapı gösterir (6). Lezyonlar semptomsuz olabileceği gibi, bazı durumlarda, özellikle maksillada meydana gelen lezyonlarda, kemiğin dış korteksi genişlemek yerine yıkıma uğrar, o bölgede kubbeli, morumsu submukozal şişlik oluşur ve bu durum lezyona malign bir görünüm verir (1, 6).

Histolojik görünüm esas olarak fibroblastlardan, çok sayıda vasküler kanaldan, çok çekirdekli dev hücrelerden, makrofajlardan ve iğsi hücre stromasından oluşur. İmmünohistokimyasal incelemeler, dev hücrelerin aslında osteoklastlar olduğunu, iğsi hücrelerin ise bu lezyonun muhtemel orijin hücresi olduğunu göstermektedir (4, 6).

Tedavide enükleasyon, küretaj ve bazı durumlarda (agresif lezyonlarda) rezeksiyon uygulanabilir (4, 6). Küretaj sonrası %15-20 oranında rekürrens riski mevcuttur (4). Özellikle konservatif tedavi uygulandığı zaman rekürrens riskine karşı hasta dikkatli bir şekilde takip edilmelidir (6).

Bu makalenin amacı, alt çene premolar bölge yerleşimli SDHRG'ye sahip bir olgu hakkında bilgi vermektir.

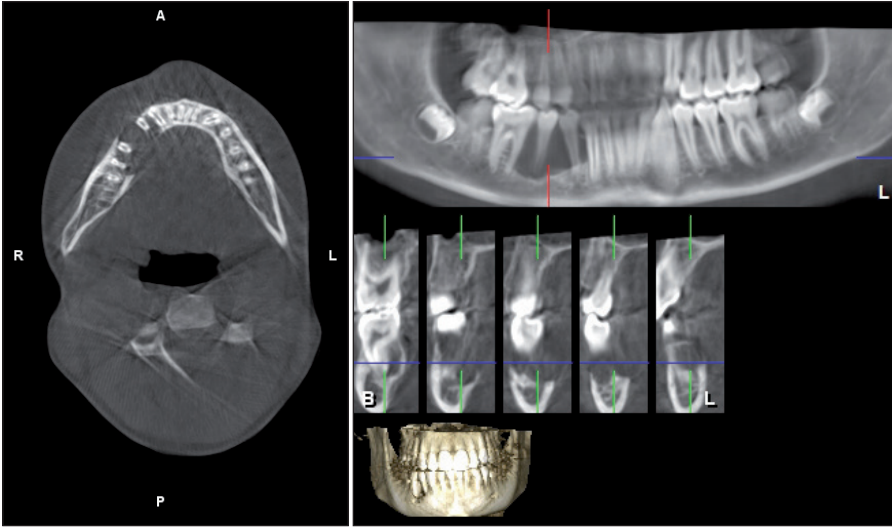
OLGU

Çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çene Cerrahisi Kliniğinde yapıldı. 14 yaşındaki erkek hasta kliniğimize dişlerin yer değiştirmesi, ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın ağız içi ve radyografik muayenesinde sağ mandibular premolar bölgede şişlik ve dişlerin yer değiştirdiği gözlemlendi (Şekil 1). Hastadan tanı amaçlı KIBT (konik ışınli bilgisayarlı tomografi) istendi. KIBT incelemesinde kenarları belirsiz çevre kemik dokuyu ekspansiyon eden radyolusent lezyon gözlemlendi (Şekil 2). Hastaya lokal anestezi altında insizyonel biyopsi yapıldı (Şekil 3).

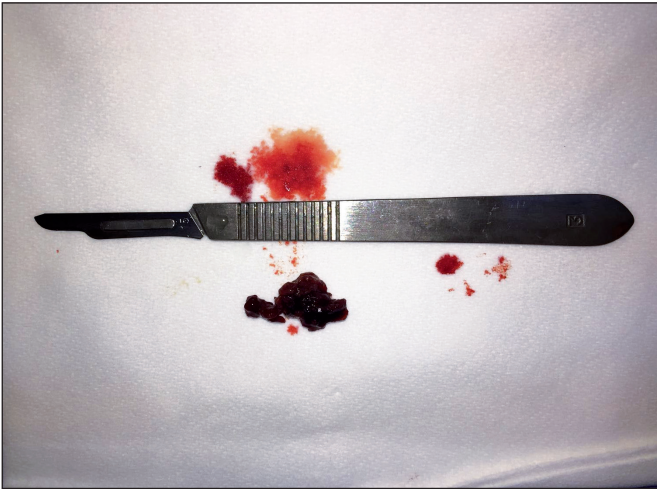
Alınan biyopsi histopatolojik incelemeye gönderildi. Patoloji kliniğine gönderilen insizyonel biyopsi sonucunda SDHRG tanısı konuldu. Daha sonra lokal anestezi altında operasyona alındı ve sağlam kemik dokusu kalacak şekilde lezyonun tamamı ekstrüze edildi, ayrıca etkilenen dişler aynı seansta çekildi (Şekil 4,5). Daha



Şekil 1: 44,45 numaralı diş bölgesinde radyolusent alan ve dişlerin yer değiştirmesi.



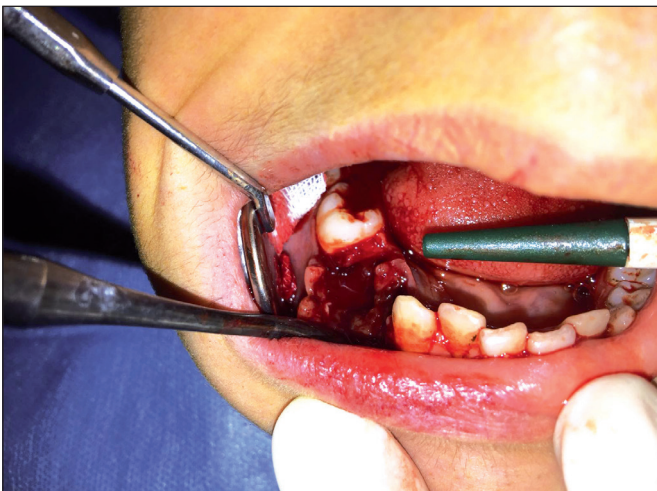
Şekil 2: Hastanın CBCT görüntüleri.



Şekil 3: İnsizyonel biyopsi örneği.



Şekil 4: 44,45 numaralı dişlerin çekilmesi.



Şekil 5: 44,45 numaralı dişlerin çekildikten sonra ağız içi görüntüsü.

sonra hasta paratroidizm açısından dahiliye bölümüne konsülte edildi. Konsültasyon sonucunda paratroidizmle ilişkili herhangi bir bulguya rastlanılmadı. SDHRG'nin nüks ihtimaline karşı hasta 3 ay sonra kontrole çağırıldı. Muayenede herhangi bir nüks gözlenmedi. Daha sonra bölge suture edilerek primer kapatıldı.

TARTIŞMA

SDHRG çenelerde nadir görülen benign karakterli tümördür. Genellikle genç hastalarda ve bayanlarda görülür. Bu olguda ise lezyon, erkek hastada görüldü. SDHRG'nin özelliği ile uyumlu olarak; lezyonla ilişkili dişlerde yer değiştirme ve kök rezorpsiyonu izlendi. Ancak yavaş büyüdüğü için, mandibulada iyi sınırlı marjine sahip olması ve kortikal ekspansiyon yapması beklenen lezyonun; bu olguda daha agresif özellik

sergileyerek mandibulada bukkal ve lingual perforasyona yol açtığı görüldü. Lezyonun internal yapısında görülmesi beklenen septalar, bu olguda mevcut değildi.

Eğer SDHGR'nin internal yapısı septalı ise ayırıcı tanı ameloblastoma, odontojenik miksona ve anevrizmal kemik kisti ile yapılır. Ameloblastoma daha ileri yaş grubunda görülme eğilimindedir, sıklıkla posterior mandibulada yerleşir ve kalın, kurvatürlü, iyi sınırlı trabeküler yapı gösterir. Oysaki santral dev hücreli reparatif granüloma, ince, kötü sınırlı trabeküllere sahiptir. Odontojenik miksona daha ileri yaş grubunda görülür, daha keskin ve düz septaya sahiptir ve kemiği ekspanse etme eğilimi göstermez. Anevrizmal kemik kistinin özellikle internal septa görüntüsü SDHGR'ye benzese de anevrizmal kemik kisti nispeten daha nadir görülür ve daha sıklıkla çenelerin posteriorunda yerleşir. İnternal yapısı tamamen radyolusent olan küçük SDHGR kiste, özellikle basit kemik kistine benzeyebilir. Fakat komşu dişlerdeki rezorbsiyon ve yer değiştirmeler ile kemikteki ekspanzyon, dev hücreli granülom için daha karakteristiktir. SDHGR'nin görüntüsü cherubism ile aynı olabilir fakat cherubismde lezyonlar çok sayıdadır ve mandibula ve maksillanın en posterior kısmında bulunurlar (6). SDHGR ikinci dekattan sonra meydana gelirse hiperparatiroidizm ile karıştırılabilir (7). Serum kalsiyum, fosfat ve parathormon seviyelerinin değerlendirilmesi ile ayırıcı tanı yapılır (4).

SDHRG özellikle agresif karakteriyle dişleri etkileyebilir. Tedavide radikal davranılmalı ve etkilenmiş dişler de çekilmelidir. Biz de bu hastanın tedavisinde, hem lezyonu dişlerle beraber ekstrüze ettik hem de SDHRG'nin hiperparatroidizmle ilişkili Brown tümörlerle benzer klinik ve histolojik görüntü verebilmesinden dolayı hastayı dahiliye bölümüne konsülte ettik.

KAYNAKLAR

1. Scully C. Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment. 3rd ed., China Elsevier Ltd; 2013.
2. Sass SMG, Pinto MC. Giant cell reparative granuloma in the mandible. Braz J Otorhinolaryngol 2010;76(2):273.
3. Harorlı Abubekir. Ağız, Diş ve Çene Radyoloisi. 1st ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri;2014.
4. Pogrel MA. Benign Nonodontogenic Lesions of the Jaws. In: Ghali GE, editor. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. London, BC Decker Inc; 2004. 603-604.
5. Riden P, Wilson K. Key Topics in Oral & Maxillofacial Surgery. 1st ed., UK, BIOS; 1998.
6. Stuart C. White MJP. Oral Radiology Principles and Interpretation. 7th ed., St. Louis, Missouri; 2014.
7. Yücetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. Ankara. Atlas Kitapçılık; 2003