

Çenelerin Dev Hücreli Reparatif Granülomları (5 Vaka Nedeni İle)

Dr. Salahottin OR (*) — Dr. Mustafa N. TÜRKER (***) — Dr. Galip ERGEN (*)

Dev hücreli reparatif granülomlar, ya diş eti üzerinde periferik bir lezyon olarak dev hücreli epulis, osteoklastoma, periferik dev hücreli reparatif granülomla şeklinde veya radyolojik görünümünde kiste benzeyen, çene kemiği içinde santral dev hücreli reparatif granülomla şeklinde teşekkül ederler (2, 10).

Her iki lezyonda histolojik yönden birbirine benzer olup benign inflamatuvar hiperplaziye örnek teşkil ederler. Granülomlar yüksek derecede vaskülerizasyon gösterirler ve kanama en belirgin klinik karakterleri olarak gözlenir (9, 10).

Bu lezyonlar, primer ve sekonder hiperparatiroidizm de kandaki artmış parathormonun stimülasyonu ile oluşabileceği gibi, hormon seviyesinin normal olduğu zamanlarda da meydana gelebilirler (2, 10).

Dev hücreli reparatif granülomlar Jaffe tarafından şu şekilde sınıflandırılırlar (6, 7).

(*) A. Ü. Diş Hekimliği Fak. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Dr. Asistanı.

(**) A. Ü. Diş Hekimliği Fak. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Doçenti.

1 — Periferal lezyonlar.

- a — Hakiki periferal dev hücreli tümör.
- b — Periferal dev hücreli reparatif granüloma.

2 — Santral lezyonlar.

- a — Hakiki santral dev hücreli tümör.
- b — Santral dev hücreli reparatif granüloma.

Lezyonlar en çok çocuklarda ve orta yaşlarda görülür (4, 8). Periferik tipleri santral tiplerinden beş kat daha fazla olup, kadınlarda erkeklere oranla daha sık rastlanır (4, 6, 10). Etiyolojik olarak hormonal, travmatik veya neoplastik orijinli oldukları ileri sürülmektedir (1, 2, 5, 9).

Santral tipler çoğunlukla çenelerde dişlerin tutucu apareylerinden başlar ve kemikte transvers çapı antero-posterior çapından daha kısa olan oval şekilde bir kavite oluştururlar. Granüloma gelişiminin erken döneminde şiddetli bir rezorpsiyon meydana gelirken bu kortikal kemiğin oldukça incelmeye sebep olur (8, 11). Oklüzal grafilerde lezyon hudutları girintili çıkıntılıdır. Komşu dişlerin kök rezorpsiyonları sık sık görülür. Reparatif granülomanın yüzeyinin lobüle olduğu durumlarda diş köklerinin çeşitli bölgelerinde lezyon görülebilir. Santral tipte olanlar genellikle alt çenede ve birinci molarların önünde meydana gelirler ve çok kez orta hattı geçerler (11).

Dev hücreli reparatif granülomanın periferal ve subperiostal tipinde, çenenin normal hudutlarının dışına taşan geniş bir kemik oluşumu mevcuttur. Bu durum özellikle maksillada alttaki kemik gelişimine engel olmaz. Dikkatli bir radyolojik lezyon yüzeyinde bir tabaka halinde subperiostal yeni kemik oluşumu görülür. Santral reparatif granülomanın dışı doğru genişleyen korteksi üzerinde oluşan subperiostal kemik dokusu periferal tipe oranla daha belirgindir (5, 8, 10).

Korteks, granülomanın başlangıcından itibaren ateye olması ve çapının genişlemesi nedeniyle radyografide koyu ve dışarı doğru yumruk şeklinde geliştiği görülür. Lateral grafilerde ise kitlenin merkezinde saç kümelerine benzeyen yeni kemik trabekülleri gözlenir (3, 9).

3 — Subperiostal tipin bir cinside süt dişlerinin değişim döneminde görülür. Burada alveolar kretin yüzeyinde çukurluklar mevcut olup daimi dişlerin kronlarının etrafına ve aralarına doğru yayılım gösterirler (8). Süt dişlerinin döküldüğü yerlerde bulunan bu lezyon-

lar önceleri ülser olup sonraları ince bir epitelle örtülür ve rengi lateral bölgedeki soluk mukoperiosteum ile kontrast teşkil eder. Alveolar kiretin kalınlaşması ile birlikte sadece yüzeyle mevcut olan genişlemiş ufak damarlar lezyonun sınırlarını belirtirler (9).

Tedavi : Heriki tipinde tedavisi ağız cerrahları tarafından yapılır. Klâsik olarak yöntem, lezyonun enükleasyonu yapılarak sağlam bölgenin cerrahi olarak ortaya çıkarılmasıdır.

Dev hücreli reparatif granülomalara radyoterapi uygulanmamalıdır. Vakaların bir kısmında radyoterapinin lezyonlu dokuyu harap ettiği bir gerçektir, fakat kemik iyileşmesini önlemesi bu tip tedavileri kontrendike kılar.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmamızda materyalmizi, A. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi kliniğine 1974-1976 yılları arasında başvuran ve dev hücreli reparatif granüloma tanısı konan 5 vaka oluştu. Gözleme tutulan bu hastalardan 1'i erkek, 4'ü kadındı ve yaşları 38-58 arasında değişmekteydi.

Yapılan klinik ve radyolojik tetkikler sonundan dev hücreli lezyon tanısı ile hastalar ameliyata alındı. Cerrahi disiplinler altında defekt sahası geniş olarak enükle edildi ve çıkan materyal Oral Patoloji bölümüne yollandı. Histopatolojik bulgular tanımızın doğruluğunu kanıtladı.

BULGULAR

Çalışmamızı oluşturan 5 vakanın klinik bulguları Tablo 1 de gösterilmiştir.

İsim	Proto. No.	Seks	Yaş	Lezyonun		Kanama	Ağız Hijyeni
				Geçmişi	Ülser.		
M. T.	3664	K	50	3 ay	+	+	Fena
F. G.	8400	K	58	8 ay	++	+++	Fena
G. U.	7951	K	46	5 ay	—	++	Fena
A. U.	9124	E	53	8 ay	—	++	İyi
M. C.	6214	K	38	4 ay	++	+++	Orta

Tablo 1 : Vakaların klinik bulguları.

Gözlenen vakalarımızda dev hücreli reparatif granülomanın kadınlar da erkeklere oranla daha fazla olduğu ve genellikle 50-60 yaş arasında yoğunlaştığı saptanmıştır. Lezyonda sıklıkla kanama ve ülserasyon görülmüştür.

Vakalara ait radyolojik bulgular Tablo II de gösterilmiştir.

İsim	Lokalizasyon	Görüntü	Trabeküler yapı
M. T.	Sol korpus mandibula	Multiloküler	Kaybolmuş
F. G.	Sol korpus mandibula	Osteoporotik	Belirli
G. U.	Sol korpus mandibula	Multiloküler	Kaybolmuş
A. U.	Sol korpus mandibula	Multiloküler	Kaybolmuş
M. C.	Sağ korpus mandibula	Multiloküler	Kaybolmuş

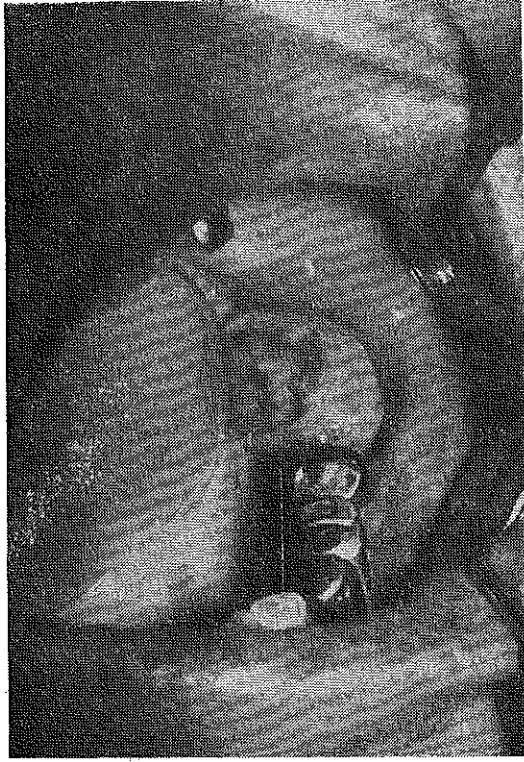
Tablo II : Vakaların radyolojik bulguları.

Buna göre dev hücreli reparatif granülomanın genellikle alt çenede ve arka bölgelerde lokalize olduğu, multiloküler bir görüntü verdiği ve trabeküler yapının kaybolduğu saptanmıştır.

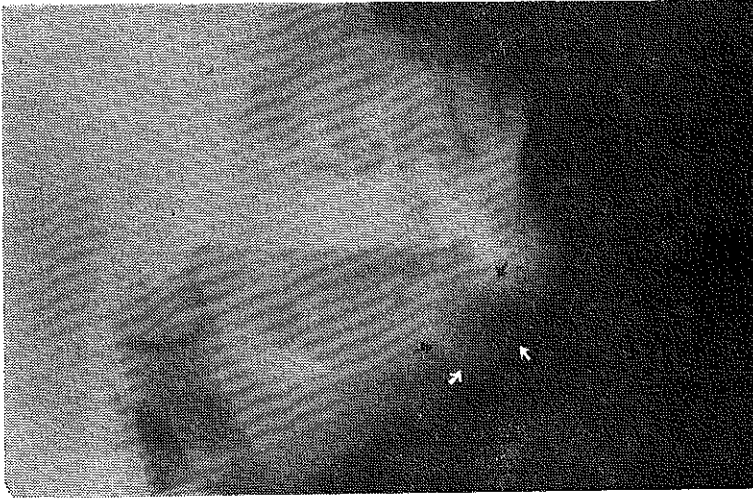
Dev hücreli reparatif granülomaların histopatolojik bulguları Tablo III de gösterilmiştir.

Patolojik bulgular	Hastanın adı ve soyadı				
	M. T.	F. G.	G. U.	A. U.	M. C.
Epitelyal hiperplazi	—	++	+	—	—
Bağ dokusu hiperplazisi	++	++	+++	++	++
Vaskülarizasyon	++	+++	+++	+++	++
Damar endoteli	Normal	Geniş	Geniş	Geniş	Normal
Kanama sahaları	++	+++	+++	+++	++
Dev hücreler	Osteoklast tip ve çok çekirdekli	Osteoklast tip ve çok çekirdekli	Osteoklast tip ve çok çekirdekli	Osteoklast tip ve çok çekirdekli	Osteoklast tip ve çok çekirdekli
Dev hücre yoğunluğu	++	+++	+++	+++	++
İltihabi infiltrasyon	Lenfosit Plazmosit	Lenfosit Plazmosit Histiosit	Lenfosit Plazmosit	Lenfosit Plazmosit Histiosit	Lenfosit Histiosit
Hemosiderin	—	++	—	++	+
Yeni kemik yapımı	+	+++	+++	++	++

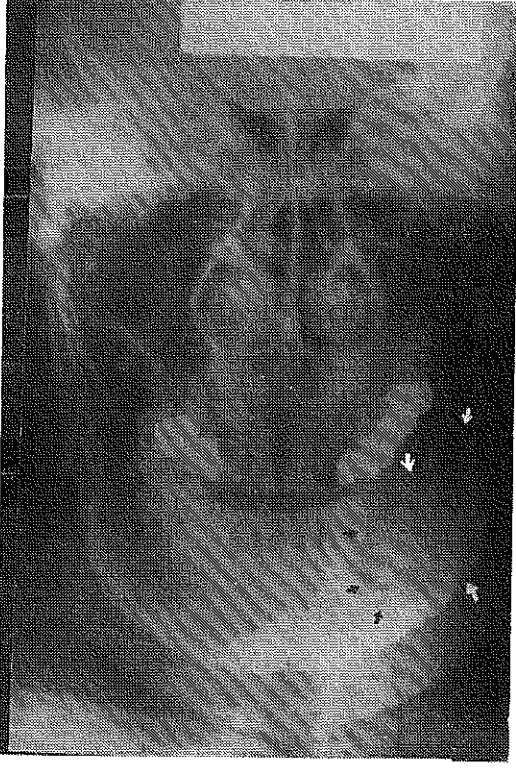
Tablo III : Vakaların histopatolojik bulguları
(Tablo değerleri : — yok, + az, ++ orta, +++ çok)



Resim 1 : Vakalardan birinde lezyonun intra-oral görünümü.



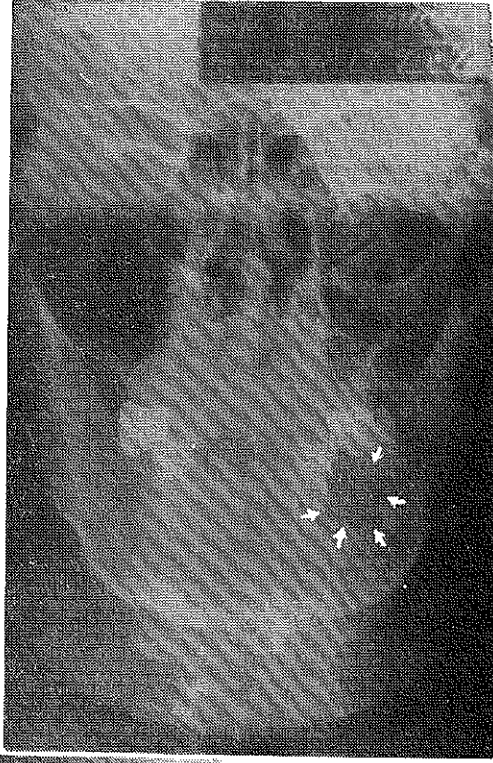
Resim 2 : M. T. adlı hastanın lateral radyografisi



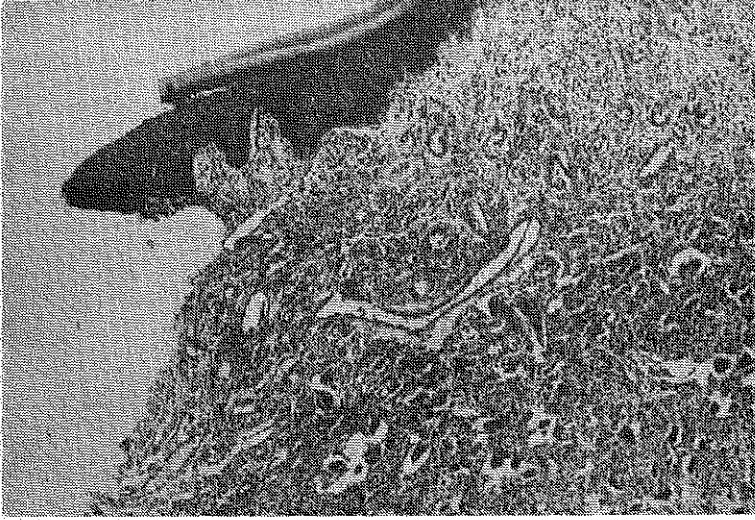
Resim 3 : F. G. adlı hastanın lateral ve antero-posterior radyografileri.



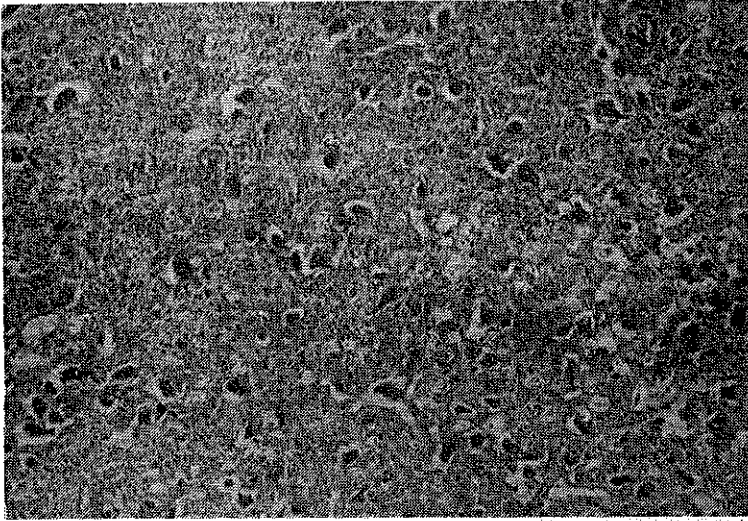
Resim 4 : G. U. adlı hastanın lateral ve antero-posterior radyografileri.



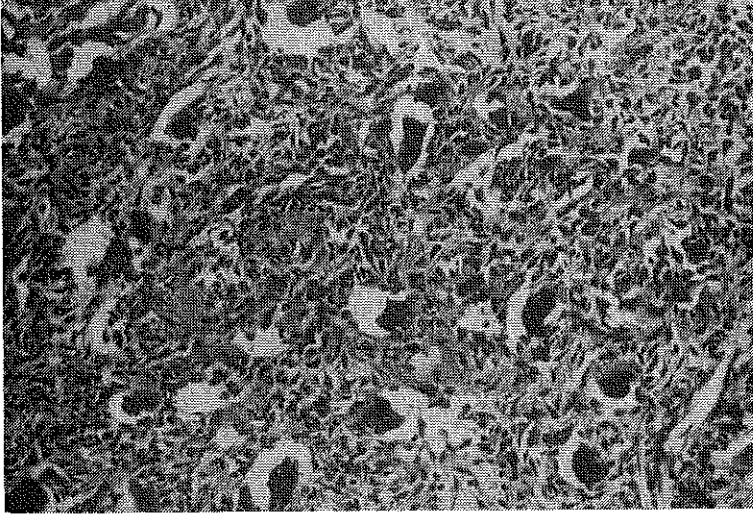
Resim 5 : A. U. adlı hastanın lateral ve antero-posterior radyografileri.



Resim 6 : Epitel ve bağ dokusunda hiperplazi, stromada ödem. H. E. X 40.



Resim 7 : Damarlarda sayıca artma, endotelinde genişleme, stromada iltihabi hücre enfiltrasyonu. H. E. X 100.



Resim 8 : Stromadaki fibroblastik proliferasyon. H. E. X 250.



Resim 9 : Osteoklast tipi mültinukleuslu dev hücreler. H. E. X 400.

TARTIŞMA

Dev hücreli reparatif granülomalar üzerine doku kültürü ve elektronmikroskopi alanlarında birçok araştırma yapılmasına karşın etyolojilerine ait kesin bir sonuca varılmamıştır (9). Araz ve ark. (1), ile Bhaskar ve ark. (3) lezyonu travmatik nedenlere bağlarken Manisalı ve ark. (11) odontojenik orijinli olduğunu savunmuşlardır.

Gözlenen vakalar tüm olarak ele alındığında dev hücreli reparatif granülomanın kadınlarda erkeklere oranla dört kat (% 80) fazla olduğu, genellikle 50-60 yaş (% 60) arasında yoğunlaştığı ve alt çenede lokalizasyon gösterdiği saptanmıştır.

Killey ve ark. (8) ile Bhaskar ve ark. (3), kadınlarda dev hücreli reparatif granülomanın erkeklere oranla daha sık rastlandığını, çoğunlukla mandibulada ve molarlar bölgesinde oluştuğunu bildirmeleri bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Jaffe (6, 7), çenelerde bu lezyonların 10-25 yaşları arasında görüldüğünü, Killey ve ark. (8) granülomaların çocuklarda, 25-40 yaş gruplarında ve yaşlılarda rastlandığını, Bhaskar ve ark. (3) ise en çok 50-60 yaşlar arasında saptandığını diğer yaş gruplarında eşit olarak dağıldığını belirtmişlerdir. Bizim klinik bulgularımız yalnız Bhaskar ve ark. (3) nın fikrine uygunluk göstermekte diğerlerinin (6, 7, 8) bulgularıyla uyuşmamaktadır.

Histopatolojik incelemede epitelyal hiperplazinin bazı vakalarda görülmesine karşın bağ dokusu hiperplazisi hepsinde saptanmıştır. Bağ dokusundaki damarlarda sayıca artma, damar endotelinde genişleme ile bol miktarda kanama odakları gözlenmiştir. Ayrıca osteoklast tipte ve çok çekirdekli dev hücreler ile subepitelyal dokuda veya granüloma içinde lenfosit, plazmosit ve histiositlerden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonları izlenmiştir. Bununla birlikte bazı vakalarda hemosiderin pigment görülmüştür.

Yeni kemik oluşumu küçük amorf odaklardan iyi gelişmiş kemik dokusuna kadar muhtelif değişikliklerde saptanmıştır.

Killey ve ark. (8) bu histopatolojik bulgulardan dolayı dev hücreli reparatif granülomayı kemiğin rezorptif dokusunun displazisi olarak tanımlamışlardır.

Vakaların hiçbirinde maligniteye rastlanmamıştır. Jaffe (7), Bhaskar ve ark. (3) da bu lezyonların benign karakterde olduğunu bildirmişlerdir. Killey ve ark. (8) ile Matsumura ve ark. (12) periferik

granülomalarda santral tiplere oranla daha fazla nüks görüldüğünü ve bu nedenle çok dikkatli enükleasyon yapılmasını önermişlerdir.

Ö Z E T

Dördü kadın biri erkek, beş hastada rastlanılan dev hücreli reparatif granülo- ma klinik ve histopatolojik açıdan incelenmiş ve konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir. Vakaların tümünde alt çene korpusunun arka kısımlarında oturan lezyon grafilerde çoğunlukla multilokülür bir görünüm vermekte idi. Histolojik incelemelerde değişiklik göstermekle beraber genellikle bağ dokusunda hiperplazi, damarlarda artma ve kanama odakları ile birlikte dev hücreler ve infiltratif iltihap hücrelerinin bulunduğu gözlenmiştir.

S U M M A R Y

The giant cell reparative granülo- ma, which can sometimes be clinically confused with an early carcinoma of the gingiva, fibroma, cyst or ameloblastoma, is in fact a reparative process initiated by an undetermined etiologic factor, such as a trauma or a parathormone increase. Some believe its origin to be odontogenic. The lesion sometimes occurs as an outgrowth from gingiva (peripheral) and sometimes inside the jaw bones (central or intra osseous).

In this article, this lesion in 4 female, 1 male the literature is reviewed. In all of the cases the lesion was located at the back of corpus mandibula. Histological specimens revealed hyperplasia in connective tissue, increase in vascularity, hemorrhage together with giant cells and infiltrative blood cells, however in varying stages of development.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Araz, K., Tuncer, M., Özdelek, İ., Gögüş, S. : Giant Cell Reparatif Granüloma, H. D. H. F. D., 1: 94-100, 1977.
- 2 — Archer, W. H. : Oral and Maxillofacial Surgery. 5. Baskı, W. B. Saunders Co. Phila., Ciltii, s. 829-847, 1975.
- 3 — Bhaskar, S. N., Cutright, D. E., Beasley, J. D. and Perez, B. : Giant Cell Reperative Granüloma (Peripheral) : Report of 50 cases. J. Oral Surg. 29: 110-115, 1971.
- 4 — Çöloğlu, A. S. : Dev Hücreli Kemik Lezyonlarının Patolojik Farkları, İ. Ü. D. H. F. D., 4: 346-356, 1970.
- 5 — Ertürk, S., Gomel, M. : Bir Vaka Münasebetiyle Periferki Dev Hücreli Granülom, İ. Ü. D. H. F. D., 7: 141-148, 1973.
- 6 — Jaffe, H. L. : Giant Cell Reparative Granüloma Traumatic Bone Cyst and Fibrous (fibro-osseous) Dysplasia of the Jaw Bones, J. Oral Surg. 6: 159-165, 1953.

- 7 — **Jaffe, H. L.** : Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joint, 7. Baskı, Lea-Febirger, Phila. s. 18-43, 1974.
- 8 — **Killey, H. C., Seward, G. R. and Kay, L. W.** : An Outline of Oral Surgery, Kısım II, 2. Baskı, John-Wirght sons Ltd. Bristol, s. 89-92, 1975.
- 9 — **Leban, S. G., Lepow, H., Stratigos, G. T. and Chu, F.** : The Giant Cell Lesion of Jaws: Neoplastic or Reparative?, J. Oral Surg. 29: 398-406, 1971.
- 10 — **Lynch, M. A.** : Burket's Oral Medicine, Diagnosis and Treatment 7. Baskı, J. B. Lippincott Co. Phila. s. 136-139, 1977.
- 11 — **Manisalı, Y., Timoçin, N., Çöloğlu, A. S** : Santral Dev Hücreli Reparatif Granüloma: Bir Vaka Bildirisi, İ. D. H. F. D., 7 219-223, 1973.
- 12 — **Matsumura, T., Sugabara, T., Wada, T. and Kawakatsu, K.** : Recurrent Giant Cell Reparative Granüloma: Report of a Case, J. Oral Surg. 29: 212-216, 1971.