

SANTRAL DEV HÜCRELİ (REPARATİF) GRANÜLOMA* (Bir Olgu Yaklaşımıyla)

Arş. Gör. Dr. Ümit ERTAŞ**

Arş. Gör. Dt. Alpay SAVRAN **

Doç. Dr. Ertuğ DAYI***

ÖZET

Giant cell lezyonlar denildiğinde anevrizmal kemik kisti, giant cell tümörler, cherubizm, hiperparatiroidizmde görülen brown tümör ve giant cell granülomlar akla gelir. Bu lezyonların klinik davranışları farklılık arz etmekle birlikte histolojik özellikleri birbirinin aynısıdır. Giant cell lezyonlar yavaş büyüyen asemptomatik, radyolüsent lezyonlardan, hızlı genişleyen agresif yapıda, ağrı ve kök rezorpsiyonu ile karakterize, yüksek nüks potansiyeli olan lezyonlara kadar geniş bir alanda dağılırlar.

Giant cell granüloma periferik veya santral yerleşimli bir lezyondur. Orijini tam olarak bilinmemekle birlikte genellikle yirmi yaşın altında kadınlarda ve mandibulada görülme şansı yüksektir. Santral yerleşimli olanlar semptomsuzdur. Ancak bazen kemikte ekspansiyona ve dişlerde luksasyona sebebiyet verebilirler. Hasta hikayesinde, bu bölgeyi ilgilendiren bir travma söz konusudur. Travma, evvelce yapılan bir diş çekiminde olabilir.

Tedavide lokal küretaj uygulanır. Prognoz genellikle iyidir. Radyoterapi ve radikal cerrahi uygulamasına gerek yoktur.

Bu vakada, fasiyal asimetriye yol açan mandibular ön bölgedeki kitleden dolayı kliniğimize başvuran hastanın preoperatif, operatif ve postoperatif değerlendirmeleri literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Fibro-osteoz lezyonlar, Lokal küretaj

GİRİŞ

Dev hücreli reparatif granülomlar özellikle çenelerde lokalize olan ve etyolojisi kesinlikle bilinmeyen lezyonlardır.¹ Giant-cell granüloma yaygın bir şekilde non-neoplastik lezyon olarak değerlendirilir. Bazı lezyonlar ise bir neoplazma benzeyen agresif davranışlar sergileyebilir. Reperatif terimi bir çok oral ve maksillofasiyal patolojiler tarafından düşünülmüştür. Bugün için giant-cell granüloma ya da daha fazlasıyla yaygın olarak giant-cell lezyon terimiyle belirtilmektedirler.^{2,9}

Bu lezyonlar 2-80 yaşları arasında dağılım göstermekle beraber tüm vakaların % 60 dan

SUMMARY

When giant cell lesions are mentioned aneurysmal bone cyst, giant cell tumors, cherubism, brown tumor in the hyperparathyroidism and giant cell granulomas are understood. Even though these lesions have different clinical behaviors, their histologic characteristics are the same as each other. The giant cell lesions range from slowly growing asymptomatic radiolucent lesions to fast expanded aggressive nature which is characterised by pain and root resorption, high recurrence potential lesions.

Giant cell granulomas are peripheric or centrally located lesions. The origin of the giant cell granuloma is not totally known but it highly appears at mandible, female, under 20 years old. The central located lesions are asymptomatic but sometimes they can cause fixation of teeth and expansion of bone. There is a trauma in the related region at the patient history. This trauma could have been a previous extraction.

The treatment is local curettage. Prognostic is generally satisfactory. There is no need radiotherapy and radical surgery treatment.

A patient, suffering from the mass in anterior mandibular region which cause facial asymetry applied to our clinic. In these case report, this patient's preoperative, operative, postoperative evaluation were discussed under the light of literature.

Key Words: Fibro-osteoz lesions, Local curettage.

fazlası 30 yaş öncesine aittir. Erkek ve kadın her iki cinste de görülmesi birlikte hastaların % 65'ni bayanlar oluşturmaktadır. Lezyonların çoğu % 70 oranında mandibulada, genellikle çenelerin anterior bölgelerinde processus alveolarislerce lokalize olurlar.^{1,4,14,20}

Bu lezyonların çoğu asemptomatik olup, ilk olarak rutin radyografik muayene esnasında ya da etkilenen çene kemiğinin ağrısız bir şekilde ekspansiyonu sonucu ilk kez çıkar. Bununla birlikte vakaların az bir kısmında ağrıya beraber parastezi veya kortikal palatal kemiğin perforasyonu ve alttaki lezyona bağlı olarak mukoza yüzeyinde ülserasyonlar görülür.

*6. Uluslar arası Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği Bilimsel Kongresinde Tebliğ Edilmiştir.

**Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Arş. Gör.

***Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dev hücreli granülomların kemik içerisinde yer alan tipine santral tip, kemik yüzeyinden dışarı doğru gelişen tipine ise periferik tip adı verilir ve santral tipteki lezyonlar periferik tipteki lezyonlardan 5 kat daha az görülürler.^{1,4,14,16}

Radyografik olarak bu lezyonlar unilokuler veya multilokuler radyolüsent defektler gösterir.^{7,13,20} Bu görünümü ile multilokuler kisti andırırlar. Defekt röntgende genellikle iyi gözlemlenebilir. Radyografik bulgular spesifik olarak tek başına diagnostik değildir. Küçük unilokuler lezyonlar kistler veya periapikal granülomlarla, multilokuler görünüm verenler ise ameloblastomalarla karışabilirler.

Histolojik olarak bu lezyonlar genellikle az veya çok oranda ovoid mezenşimal içi şekilli hücreler arasında multinükleer dev hücreler sergiler.^{5,6,9,12} Dev hücrelerin özellikle kanama alanlarında odaklar yaptığı izlenir. Bu bulgular hiperparatiroidizmde görülen brown tümör ve cherubism ile benzer özellikler gösterir.^{3,8,15,20}

Central giant-cell lezyonlar küretille tedavi edilir.^{1,4,20} Vakaların büyük bir çoğunluğuna ait raporlarda rekürrens oranının % 11 den % 50'ye veya daha fazla oranlara değişiklik gösterebileceği belirtilmektedir. Rezeksiyon oldukça genişlemiş olan vakalarda uygulanabilir.²⁰

VAKA TAKDİMİ

Kliniğimize başvuran 33 yaşındaki bayan hastanın (Resim 1) yapılan klinik muayenesi sonucu mandibular ön bölgede patolojik bir doku kitlesi tesbit edildi. Hastadan alınan anamnezde bir yıl kadar önce alt çene ön bölgesinde bir sertlik belirlediği ve bu bir yıllık süre zarfı içerisinde kitlenin ağrısız, yavaş yavaş büyüdüğü anlaşıldı. Kitlenin bulunduğu bölgede mukozanın kabarmış olduğu, ancak hiperemi ve ülserasyon gibi mukozal değişikliğin olmadığı görüldü. Ponksiyon sonucu herhangi bir mat aspire edilmemiş olup sadece iğnenin batırıldığı yerde bir kanama izlendi. Patolojik kitlenin bulunduğu bölgeyi ilgilendiren dişlerde aşırı mobilitenin mevcudiyeti ve yapılan vitalometrik muayene sonucu bu dişlerin non-vital olduğu görüldü.

Hastadan alınan panoramik, okluzal ve periapikal grafler neticesinde mandibular anterior bölgede düzgün sınırlı geniş bir radyolüsent saha tespit edildi (Resim 2).

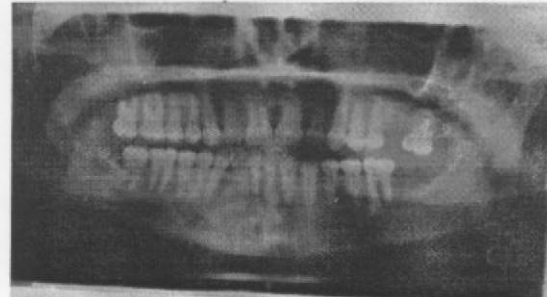
Operasyon öncesi hastadan alınan insizyonel biyopsi materyali Atatürk Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalına gönderildi. Histopatolojik teşhis neticesinde kesin tanı santral tip dev hücreli reparatif granülom olarak kondu ve hastaya operasyon için randevu verildi.

Hasta operasyona alınmadan önce primer ve sekonder hiperparatiroidizm yönünden değerlendirilmek üzere rutin biyokimyasal analizleri istendi. Kan kalsiyum, fosfat, alkalen fosfataz ve serum parathormon seviyeleri normal olarak tesbit edildi.

Lezyonun bulunduğu bölge cerrahi disiplinler altında (Resim 3) açılarak patolojik dokular tamamıyla sağlam kemik yüzeyine kadar küretil edildi ve ilgili sahadaki non-vital dişlerin ekstraksiyonu yapıldı. Sonrasında operasyon sahası primer sütürle kapatıldı. Operasyon anında çıkarılan patolojik dokuların tekrar histopatolojik tetkiki yapılarak daha önce konmuş olan dev hücreli reparatif granüloma tanısı doğrulandı (Resim 4). 8 gün sonra sütürler alındı (Resim 5, 6). Hastanın 1 ay ve 6 aylık klinik ve radyografik kontrollerinde operasyon bölgesinde kemik formasyonunun başladığı gözlemlendi (Resim 7).



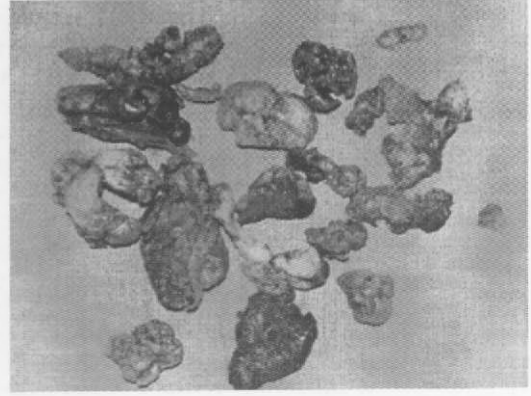
Resim 1. Hastanın operasyon öncesi görünümü.



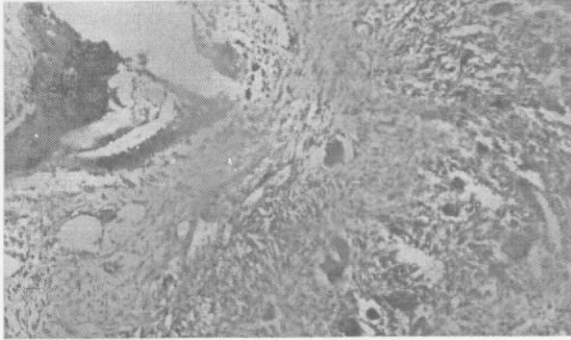
Resim 2. Hastadan operasyon öncesi alınan panoramik radyografisinin görünümü.



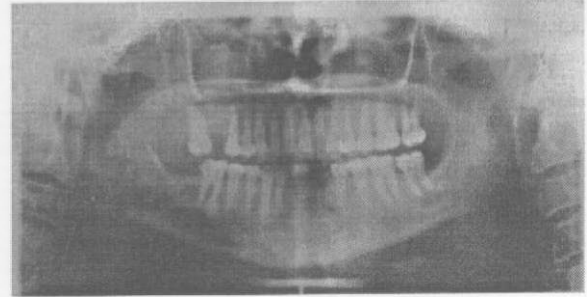
Resim 3. Operasyon sırasında alınan ağız içi görünümü.



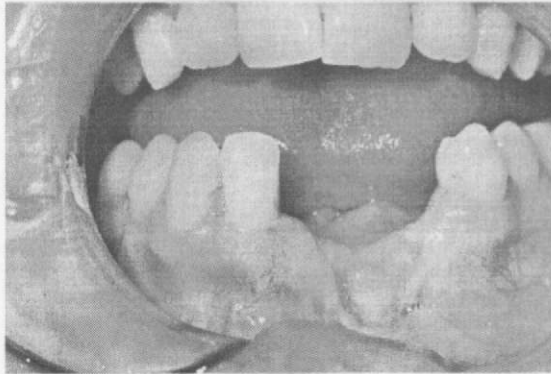
Resim 6. Operasyonda çıkarılan kitlenin görünümü.



Resim 4. Çıkarılan kitlenin histopatolojik görünümü.



Resim 7. Operasyondan 6 ay sonraki radyografik görünümü.



Resim 5. Operasyon sonrası hastanın ağız içi görünümü.

TARTIŞMA

Giant-cell lezyonlar denildiğinde anevrizmal kemik kisti, cherubism, hiperparatiroidizmde görülen brown tümör, giant-cell granülomlar ve giant-cell tümörler akla gelir.²⁰ Kemiklerde görülen dev hücreli lezyonlar önceleri kötü huylu oldukları kabul edilerek dev hücreli sarkom olarak tanımlandılar.^{2,10} Geçmişte çene kemiklerinde multinükleer dev hücrelerin mevcudiyeti dev hücreli tümörlerin meydana gelişinden sorumlu tutulmuştur. Daha sonraları gerçek dev hücreli kemik tümörleri ve bunlara benzeyen diğer dev hücreli kemik lezyonları arasında farklılıklar olduğu tesbit edilerek bu tip lezyonlara çenelerin dev hücreli reparatif granüloması adı verildi.^{1,7,19,20} Giant-cell tümörler ise esasen uzun kemiklerin tümörüdür. Çenelerde hakiki giant-cell tümörün olup olmadığı uzun yıllar tartışma konusu yapılmıştır.¹ Neticede dev hücreli granülom ile tümörün esasen aynı hasta-

lığın varyantı olduğu ancak farklı biyolojik davranışlar sergilediği anlaşılmıştır.^{7,19,20} Raporlara göre tümörlerin granülomlardan daha ileriki yaşlarda ortaya çıktığı, tedavi sonrası tümörlerin % 50 oranında nüks gösterme eğiliminde olduğu ve tümörlerin granülomlara göre daha agresif özellik sergiledikleri belirtilmektedir.²⁰

Vakanız klinik, radyolojik ve histopatolojik tetkikler neticesinde santral dev hücreli reparatif granülom olarak tesbit edildi. Post-operatif 6 ay sonunda alınan radyografik tetkiklerde iyileşme görüldü. Hasta hasta hafa takip altında olup rekürrense rastlanmadı.^{3,4,8,11,15,17,20}

SONUÇ

Çenelemin santral giant-cell lezyonlarının agresif ve non-agresif özellikler taşımaları ayrıca dev hücreli tümörlerin malign transformasyon ve metastaz göstermeleri nedeniyle dikkatli tedavi ve takip edilmeleri yanısıra santral dev hücreli reparatif granülom vakalarının operasyon öncesi primer ve sekonder hiperparatroidizm yönünden değerlendirilmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Araz K., Tuncer M., Giant cell reparatif granülom. Hacettepe Üniv. Diş Hek. Fak. Derg., 1977; 1:95-100
- 2- Austin L., Dahlin B.C., Royer R.O., Giant-cell Reparative Granuloma and related conditions affecting the jawbones. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1959; 11:1285
- 3- Burkes J., White R., A peripheral giant cell granuloma manifestation of primary hyperparathyroidism. JADA: Clinical reports 1989; 118:62-64
- 4- Carlotti A.E., Camitta F.D., Connor T.B., Primary Hyperparathyroidism with giant cell tumors of the maxilla. J. Oral Surg., 1969; 27:722-727
- 5- Cohen M.A., Grossman E.S., Thompson S.H., Features of central giant cell granuloma of the jaws xenografted in nude mice. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1988; 66:209-217
- 6- Cook H.P., Giant-cell reparative granuloma Proc. Roy. Med., 1959; 52:745
- 7- El-Mofty S.K., Osdoby P., Growth behavior and lineage of isolated and cultured cells derived from giant cell granuloma of the mandible. J. Oral Pathol., 1985; 14:539-552
- 8- Ficarra G., Kaban L.B., Hanser L.S., Central giant cell lesions of the mandible and maxilla: a clinicopathologic and cytometric study. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1987; 64: 44-49
- 9- Hamlin W.B., Lund P.K., Giant cell tumors of the mandible and facial bones. Arch. Otolaryngol 1987; 86: 658-665
- 10- Jaffe H.L., Giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst and fibrous (fibroosseous) dysplasia of the jawbones. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1952; 6:159
- 11- Jaffe H.L., Tumors and tumorlike conditions of the bones and joints. London, Henry Kimpton, 1958. 18-43
- 12- Kaplan E.L., Thyroid and parathyroid in St Schwartz, GT Shires, FC Spencer et al, Principles of surgery, 4th ed., New York, McGraw-Hill, 1983; 1587
- 13- Lim L., Gibbins J., Immunohistochemical and ultrastructural evidence of a modified microvasculature in the giant cell granuloma of the jaws. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1995; 79:190-198
- 14- Shafer W.G., Hine M.K., Levy B.M., A textbook of oral pathology 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1983; 146-149
- 15- Shannon E., Rapoport Y., Giant cell tumors of the palate in hyperparathyroidism. Laryngoscope 1972; 82: 425-429
- 16- Shklar G., Meyer I., Giant cell tumors of the maxilla and mandible. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1961; 14: 809-827
- 17- Silverman S., Ware W.H., Dimas L.T., Biologic variations in giant cell lesions of the mouth. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1964; 18:346
- 18- Smith B.R., Fowler C.B., Svare T., Primary hyperparathyroidism presenting as a "peripheral" giant cell granuloma. J. Oral Maxillofac. Surg. 1988; 46:65-69
- 19- Thompson S.H., Bischoff P., Bender S., Central giant cell granuloma of the mandible. J. Oral Maxillofac. Surg. 1983; 41: 743-746
- 20- Türker M., Ağız, Diş, Çene, Hastalıkları ve Cerrahisi, 1. Baskı, Ankara, 1997; 340-342