

AĞIZ İÇİ YUMUŞAK DOKU LEZYONLARINDA PUNCH BİYOPSİ YÖNTEMİNİN UYGULANMASI

Banu Gürkan¹ Hülya Koçak² Cüneyt Korhan Oral³ Canan Alatlı⁴

Yayın kuruluna teslim tarihi : 16.10.1998

Yayına kabul tarihi : 22.11.1998

Özet

Mukozal lezyonların biyopsileri çeşitli yöntemlerle yapılmaktadır. Punch biyopsi ağız içi lezyonlarda güvenle kullanılabilen basit bir methodur. Bu çalışmada, 30 hastada ağız içinde çeşitli bölgelerde lokalizasyon gösteren lezyonlardan 4mm çapında disposbl punch kullanılarak biyopsi yapıldı. Bütün olgularda kanama basınç ile kontrol altına alındı. Ameliyat esnasında veya yara iyileşmesi döneminde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmaı.

Punch biyopsinin, ağız içi lezyonların tanısında diş hekimleri tarafından kolayca uygulanabilen basit bir yöntem olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: Punch biyopsi, oral lezyonlar.

GİRİŞ

Ağız içinde görülen selim, premalign ve malign lezyonların erken teşhisinde dişhekimlerine önemli görevler düşmektedir. Mikroskopik inceleme ve teşhis koyabilmek için total ya da parsiyel doku örneklerinin alınması biyopsi olarak tanımlanır. Hem teşhis hem de tedavi planlanmasında biyopsinin çok önemli değeri olmasına rağmen diğer teşhis yöntemleride ihmal edilmemelidir (6).

Histopatolojik tanının konulabilmesi için yeterli olabilecek doku örnekleri çeşitli biyopsi yöntemleri ile alınabilir. Klinikte yaygın olarak insizyonel biyopsi teknikleri kullanılmaktadır. Punch biyopsi ile çok basit bir teknik uygulayarak histopatolojik tanı koydurabilecek yeterli materyal alınması mümkündür (1,2,3,4).

Ağız içinde uygulanan punch biyopsi tekniği, cilt için uygulanan punch biyopsi tekniği ile benzerdir. Ağız içinde görülen lezyonlarda uygulanan punch biyopsiler genellikle 2-6 mm çapındadırlar (3,7).

PUNCH BIOPSY TECHNIQUE IN ORAL SOFT TISSUE LESIONS

Abstract

Biopsy of mucosal lesions can be carried out by means of several methods. Punch biopsy is a simple and safe method of obtaining an oral biopsy specimen. In this study, a 4mm disposable punch was used in performing 30 biopsies from various locations of the oral cavity. There were no complications that arose during the surgical procedure and wound healing. In conclusion, the punch biopsy of the oral lesions is a simple, safe and useful technique that can be easily employed by dentist.

Key words: Punch biopsy, oral lesion.

Bu çalışmamızda, punch biyopsi yönteminin ağız içi yumuşak doku lezyonlarının histopatolojik tanısındaki yerini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL ve METOD

İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıktan ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na başvuran ve yapılan muayeneleri sonucu ağız içinde yumuşak doku lezyonları saptanan toplam 30 hastaya punch biyopsi uygulandı. Hastaların 18'i kadın, 12'si erkekti ve yaşları 12-70 arasında değişmekteydi. Doku örneklerinin histopatolojik incelemeleri İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji Bilim Dalı'nda yapıldı.

Hastalara lokal anestezi yapıldıktan sonra çapı 4mm olan disposbl punch biyopsi aleti (Resim 1), baş parmak ve işaret parmağı arasında tutulup orta şiddette bir basınç uygulayarak lezyon içinde rotasyon hareketi ile döndürüldü. Bu biyopsi tekniğini uygularken

1 Dr İ Ü Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

2 Doç Dr İ Ü Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

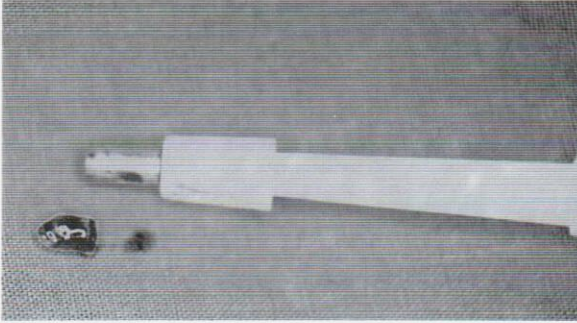
3 Prof Dr İ Ü Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

4 Prof Dr İ Ü Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji Bilim Dalı

Tablo 1. Olguların histopatolojik tanılara göre dağılımı

Histopatolojik Tanı	Olgu Sayısı	Histolojik tanı konulabilen olgu sayısı	Histolojik tanı konulmayan olgu sayısı
Dev hücreli reparatif granülom	16	16	-
İritasyon fibromu	4	4	-
Epidermoid karsinom	3	3	-
İltihapsal fibröz hiperplazi	3	3	-
Hemangiom	2	2	-
Perifabrik fibrom	1	1	-
Neurofibrom	1	1	-
Toplam	30	30	0

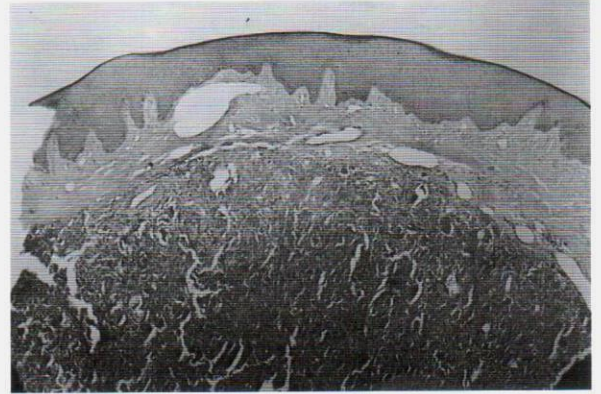
Resim 1. 4 mm çapında disposable punch aleti ve alınan doku örneği



punch aletinin lezyonun nekrotik, ülserli ve erozyonlu alanların ortasına uygulanmamasına dikkat edildi. İnsizyonel biyopsi yapar gibi lezyondan ve sağlıklı dokuyu da içeren bir bölümden alındı. Yanak içinde olan lezyonlarda serbest olan elin işaret ve baş parmağıyla lezyon dışından desteklendi. Böylece biyopsi daha kolay yapıldı. Punch biyopsi ile kesilen doku, atravmatik doku pensi ile doku ezilmeden tutularak bistüri veya ucu eğri bir makas ile kesilerek çıkarıldı. Biyopsi sonrasında meydana gelen kanama, gaz tamponla parmakla basılarak kontrol altına alındı. Hastalar 5-10 dakika süresince kanama kontrolü için bekletildi. Yaralar sekonder epitelizasyona bırakılarak hastalara ilk 24 saat için fazla sıcak ve yara yüzeyini tahriş edebilecek besinleri almamaları önerildi.

Hastalardan Punch biyopsi ile alınan doku örnekleri histopatolojik incelemelerinin yapılması için İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji Bilim Dah'na gönderildi.

Resim 2. Dev hücreli reparatif granülom olgusunun histopatolojik incelemelerinde genç mezenkim hücreleri ve osteoklastik dev hücreler görülmektedir. Hematoksilen-Eosin, x 40



di. Rutin doku takibinden sonra hazırlanan parafin bloklardan elde edilen 5 mikrometre kalınlığındaki kesitler Hematoksilen-Eosin ile boyanarak ışık mikroskopunda incelendi (Tablo 1)

BULGULAR

30 olgumuzdan punch biyopsi ile alınan doku örneklerinin tümünde histopatolojik olarak tanı koydurabilecek yeterli materyal alındığı belirlendi. (Tablo 2) Materyalimiz içinde en fazla görülen lezyon 16 olgu ile dev hücreli reparatif granülomdu. Bunların yapılan histopatolojik incelemelerinde yüzeyi örten çok katlı yassı epitelin altında genç mezenkim hücreleri ve osteoklastik dev hücrelerden oluşan damardan zengin bağ dokusu ve arada yeni kemik trabekülleri görüldü (Resim 2).

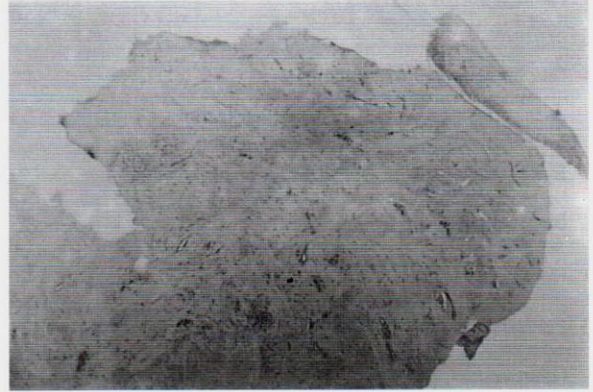
Tablo 2. Olguların histopatolojik tanı ve protokol numaraları

Olgu numarası	Histopatolojik tanı	Protokol numarası
1	Dev hücreli reparatif granülom	83/97
2	Dev hücreli reparatif granülom	422/97
3	Dev hücreli reparatif granülom	445/97
4	Dev hücreli reparatif granülom	560/97
5	Dev hücreli reparatif granülom	592/97
6	Dev hücreli reparatif granülom	620/97
7	Dev hücreli reparatif granülom	670/97
8	Dev hücreli reparatif granülom	754/97
9	Dev hücreli reparatif granülom	111/98
10	Dev hücreli reparatif granülom	135/98
11	Dev hücreli reparatif granülom	144/98
12	Dev hücreli reparatif granülom	180/98
13	Dev hücreli reparatif granülom	182/98
14	Dev hücreli reparatif granülom	186/98
15	Dev hücreli reparatif granülom	267/98
16	Dev hücreli reparatif granülom	387/98
17	İritasyon fibromu	166/97
18	İritasyon fibromu	2053/97
19	İritasyon fibromu	160/98
20	İritasyon fibromu	450/98
21	Epidermoid karsinom	533/97
22	Epidermoid karsinom	116/98
23	Epidermoid karsinom	388/98
24	İltihapsal fibröz hiperplazi	2371/96
25	İltihapsal fibröz hiperplazi	532/97
26	İltihapsal fibröz hiperplazi	323/98
27	Hemangiom	2041/97
28	Hemangiom	6/98
29	Perifabrik fibrom	673/97
30	Neurofibrom	307/98

İritasyon fibromu olan 4 olgumuzun histopatolojik incelemelerinde ise yüzeyi örten çok katlı yassı epitelin altında fibrosit ve fibroblastlardan oluşan kollajen liften zengin aktif bağ dokusu vardı. Yüzeye yakın alanlarda damarlanma artmıştı ve lenfosit, plazma hücresi infiltrasyonu izlenmekteydi (Resim 3).

Epidermoid karsinom olan 3 olgumuzda ise, yüzeyi örten çok katlı yassı epitelin yer yer

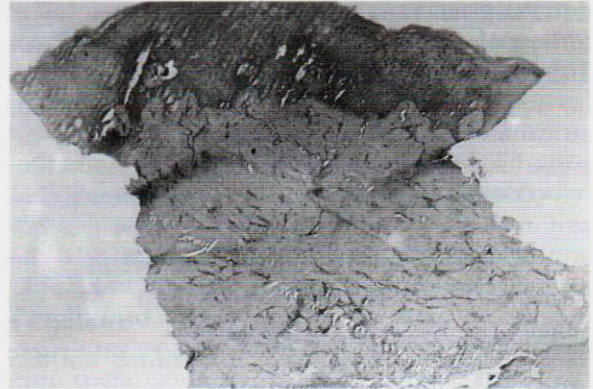
Resim 3. Fibrosit ve fibroblastlardan oluşan kollajen liften zengin aktif bağ dokusu içeren İritasyon fibromu olgusu izlenmektedir. Hematoksilen-Eosin, x 40



Resim 4. Epidermoid karsinom olgusunda iri bazaları hiperkromatik çekirdekli geniş eozinofil sitoplazmalı atipik hücreler görülmektedir. Hematoksilen-Eosin, x100.



Resim 5. İltihapsal fibröz hiperplazi olgusunda fibrosit ve fibroblastlardan oluşan lenfoplazmositer hücre içeren aktif bağ dokusu izlenmektedir. Hematoksilen-Eosin, x 40



ortadan kalktığı ve bunların altında iri, bazıları hiperkromatik çekirdekli geniş eozinofil sitoplazmalı, fusiform demetler, yer yer kitleler yapan atipik epitel hücreleri izlendi. Bu kitlelerin ortasında hücrelerin bazıları diskaratotiktik ve

Resim 6. Hemangiom olgusuna ait histopatolojik kesitlerde proliferasyon gösteren endotel hücreleri ile döşeli değişik çaplarda damarlar görülmektedir. Hematoksilen-Eosin,x 40.



Resim 7. Periferik fibrom olgusunda oval yada fusiform birbirleriyle çaprazlaşan demetler yapan genç mezenkim hücreleri görülmektedir. Hematoksilen-Eosin,x 40.



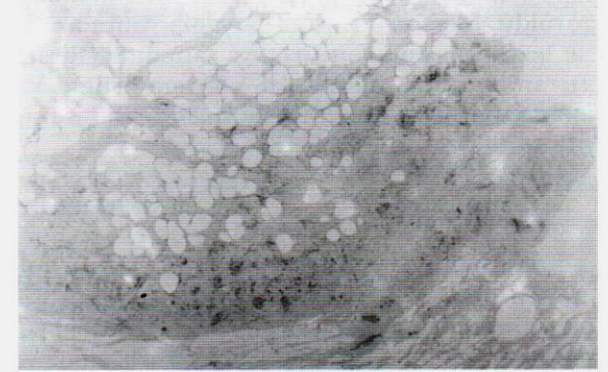
bir kısmının da keratin lamelleri yapuğu görüldü (Resim 4).

İltihapsal fibröz hiperplazi tanısı konulan 3 olgumuzun mikroskopik incelemesinde ise yüzeyi örten çok katlı yassı epitelin altında fibrosit ve fibroblastlardan oluşan lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu içeren aktif bağ dokusu izlendi (Resim 5).

İki hemangiom olgumuzda ise yüzeyi örten çok katlı yassı epitelin geniş alanlarda ortadan kalktığı ve bunun altında çok sayıda proliferasyon gösteren endotel hücreleri ile döşeli değişik çaplarda damarlardan oluşan lezyon izlendi (Resim 6).

Periferik fibrom olan olgumuzun kesitlerinde ise yüzeyi örten çok katlı yassı epitelin ortadan kalktığı ve bunun altında oval yada fusiform birbirleriyle çaprazlaşan demetler yapan genç mezenkim hücrelerinin oluşturduğu le-

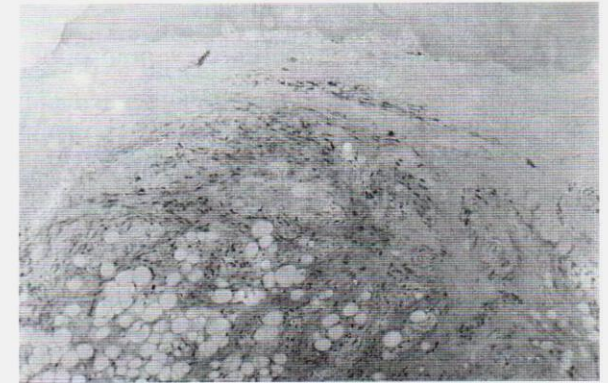
Resim 8. Neurofibrom tamsı alan olgunun preparatlarında olgun tipte yağ dokusu içinde yer yer saydam sitoplazmalı fusiform hücreler izlenmektedir. Hematoksilen-Eosin,x 40.



Resim 9. Neurofibrom olgusunun Masson Trikrom boyama yönteminde lezyonun kollajeni ürettiği saptandı. Masson Trikrom, x40.



Resim 10. Neurofibrom olgusunun immunohistokimyasal yöntemlerden S-100 ile kuvvetli pozitiflik gösterdiği saptandı.



yon izlendi. Arada bol damar, kalsifiye kemik ve yuvarlakça sement adacıkları görüldü (Resim 7).

Neurofibrom olan olgumuzda ise yüzeyi örten epidermis altında bağ dokusu ve olgun tipte yağ dokusu içinde eozinofil yer yer saydam si-

toplazmalı, fusiform hücrelerden oluşan lezyon izlendi (Resim 8). Gümüş çöktürme yönteminde odaksal yapıları çevreleyen retikulin lifleri görüldü. Masson Trikrom boyama yönteminde ise lezyonun kollajen ürettiği saptandı (Resim 9). İmmunohistokimyasal yöntemlerden Vimentin ve S-100 kuvvetli (Resim 10), NSE ise zayıf pozitiflik gösterdi.

TARTIŞMA

Ağız içindeki çeşitli lezyonlarda tedaviye gitmeden önce mutlaka histopatolojik tanıya gerekisim vardır. Punch biyopsi ağız içindeki yumuşak doku lezyonları için basit, hızlı, ucuz ve güvenilir bir yöntemdir. Bu teknik kolay uygulanabilen ve çoğunlukla uygulama sonrasında dikeşere gerek duyulmayan ve doku iyileşirken çok az veya hiç sikatrıs bırakmadığından maksimum estetik sonuç alınan bir yöntemdir. Bu teknik özellikle epitelyal veya yüzeyel mezenkimal lezyonların tanısı için kullanılır. Yüzeyel lamina propriadan daha derin olan lezyonlara uygulandığında tanı koydurabilecek yeterli materyalin alınmama olasılığı yüksektir (3,4,5).

Serbest olarak hareket edebilen mukozalarda, yumuşak damak ve ağız tabanında tekniğin uygulanmasında dokuların hareketliliğinden dolayı zorlukla karşılaşılabılır (2).

Yaptığımız literatür incelemesinde punch biyopsi yönteminin daha çok dermatologlar tarafından uygulandığı, ağız içi yumuşak doku lezyonlarında bu biyopsi yöntemi ile yapılmış az sayıda çalışma olduğunu saptadık.

Eisen (2), ağız içi lezyonlarda yaptığı punch

biyopsi sonucunda lezyonların tümünde histopatolojik tanı konulabilen yeterli materyal alındığını belirtmiştir. 140 olgudan sadece 6 sında hemoraji olduğunu, bunlarıda elektrokoterle kolayca kontrol altına aldığını ifade etmiştir. Bu 6 olgunun tümünde damarsal açıdan zengin bir bölge olan dudakta lokalize olduğunu belirtilmiştir.

Lynch ve ark. (4), punch biyopsi uygulaması sonrasında seyrek olarak görülen hemorajilerin kontrol altına alınmasında gümüş nitrat gibi kimyasal koterizan maddeler, elektrokoter veya kollajen matriks uygulamasının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Seyrekde olsa hemorajinin durdurulmadığı durumlarda sütür atılmasının gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca bunun gibi damarsal yönden zengin olan damak, ağız tabanı, stenon kanalı, retromolar alan gibi bölgelerde de bu yöntem uygulanırken dikkatli olunması gerektiği belirtilmiştir.

Yaptığımız çalışmamızda damarsal yönden zengin olan 16 dev hücreli reparatif granülom ve 2 hemangiom olgumuz dahil diğer olgularımızın hiçbirinde operasyondan sonra devam eden kanama problemi ile karşılaşmadık. Hastaların postoperatif 7. günde yapılan kontrolleri sonunda herhangi bir enfeksiyon veya postoperatif kanama şikayetinin olmadığı görüldü.

Sonuç olarak basit, ucuz ve kolay uygulanabilen bir yöntem olan punch biyopsinin dişhekimleri tarafından ağız içinde görülen yumuşak doku lezyonlarının histopatolojik tanısında güvenle kullanabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Alinovi A, Allergra F. A Technique for the biopsy of oral lesions. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20: 769-770.
2. Eisen D. The oral mucosal punch biopsy. A report of 140 cases. *Arch Dermatol* 1992; 128: 815-817.
3. Krull EA, Wolford GA. Surgical approaches to oral lesions. *Dermatol Clin* 1987; 5: 723-731.
4. Lynch D, Morris LF. The oral mucosal punch biopsy indications and technique. *J Am Dent Ass* 1990; 121: 145-149.
5. Royh RJ. An instrument and a technique to facilitate biopsies of lesions of the structures of the mouth and within the oral cavity. *J Dermatol Surg Oncol* 1982; 7: 861-862.
6. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4. baskı. *WB Saunders comp Philadelphia*, 1983, 597-600.
7. Todd P, Garioch JJ, Humpherys S, Seywright M, Thomson J. Evaluation of the 2 mm punch biopsy in dermatological diagnosis. *Clin Exp Dermatol* 1996; 1: 11-13.

Yazışma adresi:
Dr Banu Gürkan
İÜ Dişhekimliği Fakültesi
34390 Çapa-İstanbul