

Mandibulanın santral dev hücreli granülomu: olgu sunumu

Sinan Öztürk (*), Fatih Zor (*), İsmail Şahin (*), Serdar Öztürk (*), Mustafa Deveci (*), Selçuk Işık (*)

ÖZET

Benign çene tümörlerinin yaklaşık %7'sini santral dev hücreli granümler oluşturur. Klinik olarak yavaş seyirli, asemptomatik lezyonlardan, agresif formlarında ağrı, lokal kemik destrüksiyonları, diş kökü rezorpsiyonu ve diş kaybına neden olabilecek kadar geniş bir yelpazede gözlenebilir. Yetersiz tedavi sonrası nüks oranı yüksektir. Bu yazıda serbest osteokütan fibula flebi onarım uygulanan 28 yaşında erkek olgu sunulmuştur. Radyoterapiye cevap vermeyen, agresif seyreden santral dev hücreli granülom vakalarında küretaj ve marjinal rezeksiyon tam kür sağlayamayabilir. Bunun yerine geniş rezeksiyon ve uzun süreli klinik ve radyolojik takip sonrası serbest osteokütan fibula flebi ile onarımın uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Dev hücreli granülom, mandibula, serbest flep

SUMMARY

Central giant cell granuloma of the mandible: a case report

The central giant cell granuloma constitutes approximately 7% of the benign jaw tumors. The clinical behavior of central giant cell granuloma ranges from a slowly growing asymptomatic lesion to an aggressive lesion manifesting with pain, local bone destruction, root resorption, or displacement of teeth. Recurrence risk is high after insufficient treatment. In this case report a 28-year-old male patient with central giant cell granuloma in whom free osteocutaneous fibula flap was performed is presented. Local curettage and marginal resection may not provide a complete treatment in cases of central giant cell granuloma with aggressive course and resistant to radiotherapy. Instead, we suggest restoration with free osteocutaneous flap following an extended resection and long term clinical and radiological follow up.

Key words: Giant cell granuloma, mandible, free flap

Giriş

Benign çene tümörlerinin yaklaşık %7'sini oluşturan santral dev hücreli granülomu (SDHG) ilk olarak Jaffe ve Austin tarafından tanımlanmıştır (1,2). SDHG hayatın ilk 3 dekadında ve kadın popülasyonda daha sık görülür (3). Klinik olarak yavaş seyirli, asemptomatik lezyonlar olsa da, agresif formlarında ağrı, lokal kemik destrüksiyonları, diş kökü rezorpsiyonu ve diş kaybı gözlenebilir (4). Sıklıkla mandibula ön yüzde ve gövdesinde yerleşen bu lezyonların radyolojik görüntüsü patognomonik değildir. Mandibula korteksine kadar ilerleyebilen iyi sınırlı, uni veya multiloküler radyolüsen alanlar olarak görünür. Kemik kistleri başta olmak üzere kemiğin diğer lezyonları ile karışabilir (5).

SDHG'nin klasik cerrahi olmayan tedavisinde radyoterapi (6), kalsitonin (7), intralezyonel steroid (8) yer alsa da, klasik tedavisi cerrahi olarak lezyonun çıkartılmasıdır. Cerrahi genel olarak basit küretaj, "wedge" rezeksiyon olarak yapılır, ancak tedavi sonrası nüks oranı yüksektir (5).

Bu yazıda konvansiyonel tedavi yöntemlerine cevap vermeyen bir olguda geniş rezeksiyon sonrası serbest fibula flebi onarımı sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, son dört haftada yavaş büyüyen ve ağrısız, kulak önünde şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde, sol preaurikular bölgede, mandibular ramus üzerinde palpasyonla düzgün sınırlı, ağrısız, sert kıvamlı yaklaşık 3x4 cm boyutunda kitle palpe edildi (Şekil 1). Sol mental yarıda hafif derece hipoestezi tespit edildi. Ağız içi muayenede diş kaybı izlenmedi ve mukoza bütünlüğü tamdı. Panoramik grafide fizik muayene ile uyumlu bölgede, radyolüsen uniloküler düzgün sınırlı kitle izlendi. Tomografik incelemede sol ramus üzerinde düzgün sınırlı 3x4 cm boyutlarında kitle izlendi.

Hastaya genel anestezi altında sol rizdon kesinden girilerek insizyonel biyopsi uygulandı. İntraoperatif

*GATF Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Aynı basım isteği: Dr. Sinan Öztürk, GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Etlik-06018, Ankara
E-mail: ozturksinan@hotmail.com

Makalenin geliş tarihi: 30.09.2010 • **Kabul tarihi:** 01.11.2010



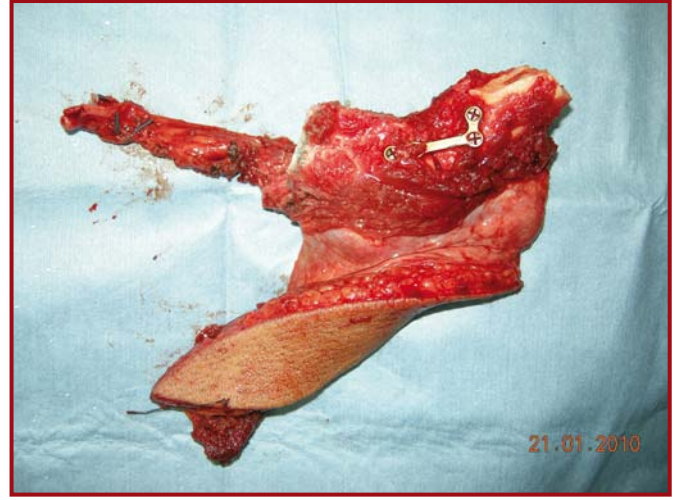
Şekil 1. Hastanın preoperatif sol kulak önündeki şişlik görüntüsü

olarak gönderilen “frozen section” örnekleme sonucu granümatöz reaksiyon olarak rapor edilmesi üzerine mikrobiyolojik kültürler alınarak operasyon sonlandırıldı. Rutin patolojik inceleme sonrası hastanın biyopsi sonucu, santral dev hücreli granülom olarak raporlanması üzerine hastaya postoperatif dönemde 30 kür radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası yapılan tomografik değerlendirmede kitle boyutunda herhangi bir değişiklik gözlenmedi. Hastaya geniş rezeksiyon planlandı ve kitleye sol mandibular korpustan sol kondili de içine alacak şekilde eksizyon uygulandı. Oluşan defekte kondilli rekonstrüksiyon (RK) plağı ile köprüleme tarzında mandibula rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Rekonstrüksiyon sonrası hastanın oklüzyonu normaldi. Postoperatif 1. yılın sonunda herhangi bir nüks bulgusu saptanamaması üzerine, hastanın mevcut mandibula defektinin osteokütan serbest fibula flebi ile onarımı planlandı. Kaldırılan fibula flebinin sefalik kısmına kondil şekli verildi ve angulus oluşturmak amacıyla “wedge” osteotomi gerçekleştirildi (Şekil 2). Defekt bu flep ile korpus ve ramus arasında köprü oluşturacak şekilde onarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmayan hasta 7. günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 1.5 yıllık takiplerinde herhangi bir nükse rastlanmadı. Postoperatif interin-

sizyel mesafe 35 mm olarak ölçüldü. Hastanın çiğneme fonksiyonları ve fasyal görünümü normal olarak değerlendirildi (Şekil 3).

Tartışma

SDHG sıklıkla hayatın ilk 3 dekadında görülür, mandibula ön yüzü ve ramus başta olmak üzere çene kemiklerini tutar ve çene kemiklerinin benign tümörlerinin yaklaşık %7'sini oluşturur (3,5). Olgumuzun



Şekil 2. Sefalik kısmına kondil şekli verilen, angulus oluşturmak amacıyla “wedge” osteotomi uygulanan fibula flebinin görüntüsü



Şekil 3. Postoperatif 18. ayda hastanın fasyal görünümü normal olarak değerlendirildi

yaşının 28 olması ve kitlesinin mandibula ramusunda yerleşik olması klasik literatür bilgisi ile uyumluydu. Multiloküler olguların hiperparatiroidi, maksilla ve mandibulanın birlikte tutulduğu olguların ise hiperparatiroidi ve kerubizim açısından değerlendirilmesi gerekir (9). Radyolojik direkt grafi değerlendirmesi klasik literatür bilgisi ile uyumlu şekilde uniloküler kitle olarak rapor edildiği için, ek patoloji açısından ileri tarama yapılmadı. Güncel tedavide radyoterapi, kalsitonin, intralezyonel steroid tedavileri kullanılmakla birlikte, klasik tedavi kitlenin cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Radyoterapinin osteojenik sarkoma neden olduğuna dair bir bilgi de mevcuttur (2). Kalsitonin tedavisi özellikle büyümekte olan çocuklarda agresif cerrahi işlemlerden ve radyoterapiden kaçınılması açısından kullanılmakta ve düşük nüks oranları bildirilmektedir. Bu tedavi yönteminin en büyük handikapları oluşturduğu rahatsızlık hissi ve özellikle çocuk popülasyonunun tolere etmekte zorlandığı uzun tedavi süreleridir (10).

Cerrahi tedavi olarak agresif olmayan ve küçük agresif formlarda küretaj kullanılmaktadır (11). Kitlenin yetersiz eksizyonu lezyonun nüks etmesine neden olabileceğinden, agresif formlarda eksizyon tercih edilen tedavi yöntemidir (12-14). Aköz ve ark.nın 29 vakalık eksizyon ve küretajı kullandıkları serilerinde 2 olguda nüks bildirilmiştir. Şiddetli ağrı, çabuk büyüme, diş kökü kaybı gibi agresif formu düşündüren hastalarda küretaj yeterli olmaz. Choung ve ark. bu semptomlar ile başvuran hastalarda en blok rezeksiyon önermiştir (15). Becelli ve ark. periferik osteotomi sonrası mandibular ramustan alınacak kemik grefti ile oluşan defektin onarılmasını önermişlerdir (14). Olgumuza ilk insizyonel biyopsi sonrası, patolojik tanısının SDHG ile uyumlu gelmesi üzerine radyoterapi uygulanmıştır. Radyoterapi sonrası yapılan kontrollerinde kitle boyutunda küçülme gözlenmemesi üzerine bikortikal invazyon yapan kitlenin geniş eksizyonu sağlanmış ve oluşan defekt köprüleme yöntemi ile RK plak ile rekonstrükte edilmiştir. Bir yıllık takip süresi içerisinde herhangi bir nüks ile karşılaşılması üzerine mandibular defekt serbest osteokütan fibula flebi ile onarılmıştır. Hastamızda tespit edilen kitle 1 ay içerisinde hızlı büyüme göstermesi, mandibula ramusunda her iki kortekste destrüksiyona neden olması, radyoterapiye cevap vermemesi üzerine agresif seyirli SDHG olarak değerlendirildi. Lokal nüks oranlarının yüksek olması ve agresif seyirli olması nedeniyle geniş eksizyon sonrası uzun dönem takip ile nüksün olmadığı gözlemlendikten sonra serbest osteokütan flep ile onarımını tercih ettik.

Yüz gelişimini tamamlamış, radyoterapiye cevap vermeyen, agresif seyreden SDHG vakalarında tedavi yaklaşımının küretaj ve periferik rezeksiyondan daha çok kitlenin geniş olarak eksizyonu olması gerektiği görüşündeyiz. Oluşan defektin uzun süreli takip döneminde RK plağı ile ve sonrasında serbest flepler ile onarımını uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Jaffe HL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst and fibrous dysplasia of the jaw bones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1953; 6: 159-175.
2. Austin Jr LT, Dahlin DC, Royer RQ. Giant cell reparative granuloma and related conditions affecting the jawbones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1959; 12: 1285-1295.
3. Whitaker SB, Waldron CA. Central giant cell lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 199-208.
4. Ficarra G, Kaban LB, Hansen LS. Central giant cell lesions of the mandible and maxilla: a clinicopathologic and cytometric study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 44-49.
5. Lucar RB. *Pathology of Tumours of the Oral Tissues*. 4th ed. London: Churchill Livingstone, 1984: 259-273.
6. Eisenbud L, Stern M, Rothberg M, et al. Central giant cell granuloma of the jaws: Experiences in the management of thirty-seven cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 46: 376-384.
7. Harris M. Central giant cell granulomas of the jaws regress with calcitonin therapy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1993; 31: 89-94.
8. Kermer C, Millesi W, Watzke IM. Local injection of corticosteroids for central giant cell granuloma: A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 366-368.
9. Greer OR Jr. The oral cavity. In: Silverberg SG (ed). *Principles and Practice of Surgical Pathology*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990: 879-890.
10. De Lange J, Rosenberg AJ, van den Akker HP, et al. Treatment of central giant cell granuloma of the jaw with calcitonin. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999; 28: 372-376.
11. Aköz T, Erdoğan B, Görgü M, Altıntaş H, Kapucu R, Kutlay R. Destruktif seyirli dev hücreli granülomalar. *K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1996; 4: 173-177.
12. Bataineh AB, Al-Khateeb T, Rawashdeh MA. The surgical treatment of central giant cell granuloma of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 756-761.
13. Infante-Cossío P, Martínez-de Fuentes R, Carranza-Carranza A, Torres-Lagares D, Gutiérrez-Pérez JL. Recurrent central giant cell granuloma in the mandible: Surgical treatment and dental implant restoration. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E229-232.
14. Becelli R, Cerulli G, Gasparini G. Surgical and implantation reconstruction in a patient with central giant cell granuloma. *J Craniofac Surg* 1998; 9: 45-47.
15. Chuong R, Kaban LB, Kozakewich H, et al. Central giant cell lesions of the jaws: A clinicopathologic study. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 708-713.