

Çocukta Santral Dev Hücreli Granülomanın Cerrahi Tedavisi ve Uzun Süre Takibi

THE SURGICAL TREATMENT OF CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA IN A CHILD AND LONG TERM FOLLOW-UP

Nihat TUNCER*

*Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Öğretim Üyesi, ANKARA

Özet

Amaç: Bu makalede, bir çocuk hastanın mandibulasında, büyük boyutlara ulaşmış, multiloküler santral dev hücreli granüloma (SDHG)'nın cerrahi olarak enükleasyon ve küretaj ile tedavisi ve uzun süre takibi sunulmaktadır.

Vaka Raporu: 8 Yaşında kız çocuk hasta, sağ taraftaki 6 yaş dişlerinin sürmediği şikayeti ile Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Polikliniği'ne başvurmuştur. Klinik ve radyolojik muayene sonucu, sağ mandibuler korpus, angulus ve ramusun büyük bölümünü sarmış multiloküler bir lezyon ile karşılaşılmıştır. Lezyonun tedavisi, cerrahi olarak genel anestezi altında enükleasyon ve küretaj ile yapılmış ve hasta periyodik olarak 4 sene takip edilmiştir.

Sonuç: Hasta şikayetlerinin basit olduğu durumlarda bile, o şikayete ciddi bir patolojinin sebep olabileceği mutlaka düşünülmeli ve gerekli her türlü tetkik yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Santral Dev Hücreli Granüloma, Cerrahi Tedavi

T Klin Diş Hek Bil 2001, 7:87-90

Santral Dev Hücreli Granüloma (SDHG)'lar, çenelerin benign lezyonlarından olup, bu grup içindeki oranı da %7 civarındadır (1). SDHG'yi ilk defa 1953 yılında Jaffe (2), diğer dev hücreli lezyonlardan ayırarak tanımlamıştır. SDHG'lar, çenelerin dışında el-ayak kemiklerinde, etmoid, frontal, sfenoid, temporal ve orbital kemiklerin yanı sıra femur, torasik vertebra ve kaburgalarda

Geliş Tarihi: 28.06.2001

Yazışma Adresi: Dr.Nihat TUNCER
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Hast. ve Cerrahisi AD
Öğretim Üyesi, 06500, Beşevler, ANKARA

T Klin J Dental Sci 2001, 7

Summary

Purpose: The aim of this study is to report of surgical treatment with enucleation and curettage of central giant cell granuloma with multilocular lesion of the mandible in a child and also report the long term follow up.

Case Report: A 8-year-old girl was referred to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery of the Faculty of Dentistry, University of Ankara for evaluation of permanent teeth with eruption problem. After the clinical and radiological examination, it has been seen multilocular lesion in the right body of the mandible. The treatment of the lesion was carried on the enucleation and curettage under the general anesthesia and she has been followed for 4 years, periodically.

Conclusion: Even the complaints of a patient are too simple, a series of pathologic condition should be always thought by a clinician.

Key Words: Central Giant Cell Granuloma, Surgical Treatment

T Klin J Dental Sci 2001, 7:87-90

da görülebilir (3-6). Etiyolojisi bilinmemektedir (7). Kadın/erkek oranı 2/1 olan lezyon genellikle 2. dekatta görülür (8). Rekürrens oranı %10 dur (9). Bunun için vakaların uzun süre takip edilmeleri gereklidir. Çocuklarda multiloküler lezyonlar, genellikle daimi diş jermeleri ile ilişkide olabilir (10,11). Radyolojik incelemelerde, dişlerde lamina dura kaybı izlendiği gibi, nadir de olsa diş köklerinde rezorbsiyona da rastlanabilir. Klinik olarak daha çok mandibuler anterior bölgede lokalize olan SDHG'lar, yavaş büyüyen neoplazm olarak nitelendirilebilir. Lezyonda ekspansiv ve destrüktif büyüme, diş kayıpları, kortekste perforasyon ve erken dönemde belirti vermediği için

patolojik kırıklara da rastlanılmaktadır (12-15). SDHG'ların, klinik ve radyolojik görüntüleri, çenelerde görülen birçok benign veya malign lezyonlara benzerlik gösterir. Bu lezyonların tedavisinde, cerrahi tedavi olarak; enükleasyon ve küretaj veya rezeksiyon, medikal tedavi olarak da; intralezyonel kortikosteroid uygulaması yapılmaktadır (2,16,17).

Bu makalede, bir çocuk hastanın mandibulasında, büyük boyutlara ulaşmış, multiloküler SDHG lezyonunun cerrahi olarak enükleasyon ve küretaj ile tedavisi ve postoperatif dönemde uzun süre takibi sunulmaktadır.

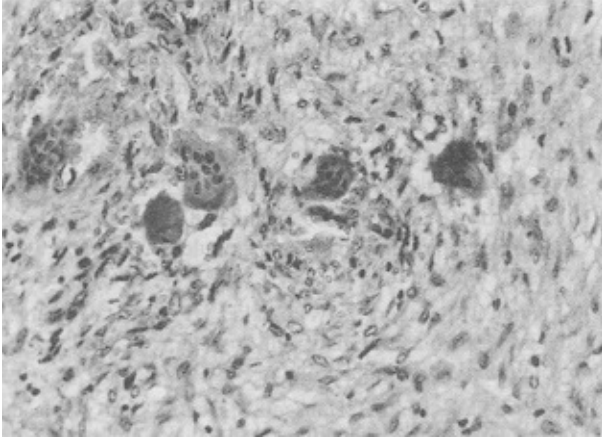
Vaka Raporu

1997 yılında, 8 yaşındaki kız çocuk hasta (K.K.), 6 yaş dişlerinden sağ taraftakilerin sürmesi esnasında duyduğu rahatsızlıktan dolayı muayene için, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı polikliniğine başvurmuştur. Yapılan klinik muayenede, mukoza normal renk ve formda olmakla birlikte, sağ alt 6 nolu dişin sürme bölgesinde hafif bir şişlik dikkati çekmiştir. Lenf muayenesinde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bu bölgeden alınan periapikal filmde şüphe uyandıracak görüntülerin izlenmesi üzerine, çekirtilen panoramik radyografide; karışık dişlenme dönemindeki rutin görüntülerin dışında, daimi 5 nolu dişlerin jermelerinin olmadığı ve hastanın şikayet bölgesi olan; sağ üst 6 nolu dişin kron çevresindeki fizyolojik follükülde hafif genişleme, sağ alt 6 nolu diş bölgesinde ise, korpus ve angulusu saran multiloküler radyolüsent bir lezyon, ramusun büyük bir bölümünü de sarmış vaziyette izlenirken, kitle ile temasta izlenen sağ alt 7 nolu diş jermi, 6 nolu dişin üzerine itilmiş halde görülmüştür (Resim 1). Hasta ve ebeveynlerinden birlikte alınan anamnezde, kitlenin bulunduğu bölgedeki hafif şişliğin 2-3 aydır bulunduğunu ancak bunun dişin normal sürme şişliği olduğunu zannettikleri, ağrıyı da, sürme ağrısı olarak yorumladıkları, kliniğimize başvurma sebeplerinin ise sadece sol taraftaki 6 yaş dişleri sürdüğü halde sağ taraftakilerin gecikmesi olduğu öğrenilmiştir. Alt dudak ve dilde his kaybı yoktu. Hastanın ebeveynlerine gerekli bilgi verildikten ve gerekli görülen telkinde bulunulduktan sonra tedavinin



Resim 1. Preoperatif radyografik görüntü.

muhtemel seyri olduğu gibi anlatılmış ve onayları alınmıştır. Hasta, kanda kalsiyum, fosfat, alkalin fosfataz ve paratiroid hormonlarının da istendiği rutin kan tetkikleri için hematoloji konsültasyonuna gönderilmiş ve buradan hafif lökosit artışı dışında kan tablosunun normal olduğu sonucu alınmıştır. İlk olarak şikayet bölgelerinden olan sağ üst 6 nolu dişin bulunduğu bölgeden ve daha sonra da lezyonun izlendiği mandibuler bölgeden İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi yapılmış ve sitolojik incelemeye gönderilmiştir. Sağ üst molar bölge sonucu; "negatif sitolojik inceleme, neoplastik bir lezyonu düşündürecek bulgu yoktur" olarak gelmiş ve bu bölgenin sadece kontrol altında tutulması planlanmıştır. Mandibuler bölge sonucunun ise, "sitolojik bulgular dev hücreli granülom ile uyumludur, malignite şüpheli hücre saptanmamıştır" olarak gelmesi üzerine, hasta genel anestezi altında operasyona alınmıştır. Multiloküler kitle enükle edilmiş, kitle ile teması görülen 7 nolu diş jermi çıkartılmış, 6 nolu dişin follükülü alınmış ve kemik kavite tam yuvarlak canavar frez ile itinalı yavaş ve bol serum fizyolojik irrigasyonu altında frezlenmiştir. Kitle tarafından alt bordıra itilmiş olan damar sinir paketi, askıya alınarak çevresi iyice temizlenmiş ve korunmuştur. Bölge tam kanama kontrolünü müteakip 3/0 ipek ile primer olarak sütüre edilmiştir. Çıkartılan kitlenin tamamı histopatolojik inceleme-ye gönderilmiş ve sonucu; "santral tip dev hücreli granüloma, maligniteyi düşündürecek bulgu yoktur" olarak gelmiştir (Resim 2). Hasta, 1 hafta postoperatif medikal tedavi desteği ile yataklı olarak müşahade altında tutulduktan sonra sü-



Resim 2. Fibrhistiositik stromal hücreler ile osteoklast tipi dev hücrelerden oluşan dev hücreli granülom görülmektedir HEX400.



Resim 3. Postoperatif 4. yıl panoramik görüntü.

turları alınmış, açılmanın görülmemesi üzerine, gerekli koruma ve hijyen eğitimi ile birlikte süt 5 nolu dişlerinin, (altında daimi 5 nolu dişlerinin olmadığından) mümkün olduğunca uzun süre korunması ve çektirilmemesi telkininden sonra taburcu edilmiştir. Hasta, ilk yıl 3'er aylık, sonraki yıl 6'şar aylık, sonra da yılda birer kere olmak üzere 4 yıl takip edilmiştir. Kontrol randevuları esnasında klinik muayene yanı sıra her seferinde radyolojik olarak da bölge takip edilmiştir. Mütemediyen iyileşmenin izlendiği bölgede 4. yıl radyografisinde, defekt kavitesindeki, kemikleşme tamamlanmış, 6 yaş dişi sorunsuz olarak sürmüş ve fonksiyona katılmış olarak izlenmiştir (Resim 3). Süt 5 nolu dişleri de 4 yıl önceki konum-

larında aynen hizmet vermeye devam etmiştir. Hasta tamamen iyileşmiş, çenesini tam fonksiyonda kullanmaktadır.

Tartışma-Sonuç

Çenelerin multiloküler lezyonlarında öncelikle, lezyonun benign veya malign olduğunun tespiti gereklidir. Bunun için de biyopsi şarttır. Çünkü ope-rasyon öncesi sadece klinik muayene veya radyo- lojik tetkik ile teşhis koyma imkanı yoktur. Bu bölgede benign lezyonlardan; fibröz displazi, ossifying fibroma, sementifying fibroma, anevrizmal kemik kisti, şerubizm, hiperparatiroidizmde görülen Brown tümörü, adenomatoid odontojenik tümör ve dev hücreli lezyonlar olabildiği gibi, primer malign lezyonlardan; osteojenik sarkoma, fibro sarkoma, malign fibröz histiositoma, lenfoma ve malign dev hücreli tümörler olabilir (10). Bu makalede sunulan SDHG için öncelikle ince iğne aspirasyon biyopsisi ile ön tanı konmuş ve operasyon planı ondan sonra yapılmıştır. Bu vakadaki lezyon, cerrahi tedavide rezeksiyon için öngörülen boyutlarda olmasına rağmen (2,17), cerrahi olarak enükleasyon ve küretaj tekniği ile tedavi edilmiştir. Operasyona, rezeksiyon ve rekonstrüksiyon için gerekebilecek her türlü hazırlık yapılarak girilmiştir. Ancak daha küçük boyutlarda bile olsa, enükleasyon ve küretaj ile cerrahi tedavinin de bu tür lezyonlarda başarılı olduğu görüşlerinin (2,9,16) ışığı altında, hastanın çocuk olması, lezyonun tamamen temizlendiğinde mandibulada kırılma olmayışı, kalan alt bordır ve lingual kompaktanın sağlamlığı, damar ve sinir paketinin operasyondan önce fonksiyon olarak hasarlı olmayışı, operasyonda da tatminkar şekilde etrafının iyi temizlenmesi ve korunması operasyon esnasında bu tekniğin tercih sebebi olmuştur. 4 yıllık takip boyunca da, hiçbir komplikasyon ile karşılaşılmamıştır. Bu lezyonlarda nüks oranının yüksek olmasına (3-9) rağmen, konservatif cerrahi yaklaşımların da başarı ve avantajları bildirilmektedir (9). 4 yıllık takipte bu vakada nükse rastlanmamıştır, ancak yine de hasta ile temas tamamen koparılmamıştır.

Bu makalede sunulan SDHG vakası, kitlesel boyut olarak ciddi olmakla birlikte, bölgedeki 6 yaş dişinin, (lezyon tarafından üzerine itilmiş olan 7 nolu diş jermi sebebiyle) sürme probleminden

dolayı hastayı bir hekime gitmek zorunda bıraktığı için ilginçtir. Bu vaka, lezyonun çok büyük boyutta olmasına rağmen, rezeksiyon yapılmayıp, cerrahi olarak enükleasyon ve küretaj ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği ve uzun süre takipte hiçbir komplikasyon ile karşılaşılmadan kemik ve yumuşak doku olarak tatminkar şekilde iyileştiği için yayınlanmaya değer görülmüştür. Sonuç olarak denilebilir ki; hasta şikayetlerinin basit olduğu durumlarda bile, o şikayete ciddi bir patolojinin sebep olabileceği mutlaka düşünülmeli ve gerekli her türlü tetkik yapılmalıdır.

Teşekkür

Sitolojik ve histopatolojik tetkikleri yapan Prof.Dr.Ömer GÜNHAN'a teşekkürlerimi sunarım.

KAYNAKLAR

1. Austin LT, Dahlin DC, Royer RQ: Giant cell reparative granuloma and related conditions affecting the jaw bones. Oral surg oral med oral pathol 12:1285, 1959
2. Jaffe HL: Giant cell reparative granuloma, traumatic bone cysts and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of jaw bones. Oral surg 6:159, 1953
3. Araz K, Tuncer M, Özdilek İ, Gögüş S: Giant cell reparative granuloma: Bir vaka münasebetiyle. HÜ dişhek fak derg 1:94, 1977
4. Horner K: Giant cell granuloma of the jaws: A clinicoradiological study. Clin radiol 40:622, 1989
5. Potter BJ, Tiner BD: Central giant cell granuloma: Report of a case. Oral surg oral med oral pathol 75:286, 1993
6. Cambazoğlu M, Keskin A, Aydoğan S, Tuncer N: Central giant cell granuloma: Review of 22 cases. Balk j stom 2:102, 1998
7. Cohen MA: Management of a huge central giant cell granuloma of the maxilla. J oral maxillofac surg 46:509, 1988
8. Pogrel MA, Regezi JA, Harris TS, Goldring SR: Calcitonin treatment for central giant cell granulomas of the mandible: Report of two cases. J oral maxillofac surg 57:848, 1999
9. Flaitz CM: Peripheral giant cell granuloma: A potentially aggressive lesion in children. Pediatr dent 22:232, 2000
10. Roberson JB, Crocker DJ, Schiller T: The diagnosis and treatment of central giant cell granuloma. JADA 28:81, 1997
11. Lange J, Rosenberg AJWP, Akker HP, Wirlds JJ, Berg H: Treatment of central giant cell granuloma of the jaws with calcitonin. Int j oral maxillofac surg 28:372, 1999
12. 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 64:44, 1987
13. Eisenbud L, Stern M, Rothberg M, Sachs SA: Central giant cell granuloma of the jaws: Experiences in the management of thirty-seven cases. J oral maxillofac surg 46:376, 1988
14. Auclair PL, Cuenin P, Kratochvil FJ, Slater LJ, Ellis GL: A clinical and histomorphologic comparison of the central giant cell granuloma and the giant cell tumor. Oral surg oral med oral pathol 66:197, 1988
15. Potter BJ, Tiner BD: Central giant cell granuloma. Oral surg oral med oral pathol 75:286, 1993
16. Hoffmeister B, Movbayed P: Histogenese und diagnostik zentraler und peripherer riesenzellgranulome. Fortschr kiefer gesichtschir 31:12, 1986
17. Jacoway JR, Howtell FV, Terry BC: Central giant cell granuloma - an alternative to surgical therapy. Oral surg 5:572, 1988