

Stafne Kemik Kavitesi

Stafne Bone Cavity: Case Report

Selin YEŞİLTEPE,^a
Kübra TÖRENEK,^a
Yasin YAŞA,^a
N. Hilal BİLGE^a

^aAğız, Diş ve Çene Radyolojisi AD,
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi, Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 11.11.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 07.01.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Kübra TÖRENEK
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD,
Erzurum,
TÜRKİYE/TURKEY
ktorenek@gmail.com

ÖZET Stafne kemik kaviteleri (SKK), genellikle mandibula angulusunda, inferior alveolar kanalın altında görülen yuvarlak veya oval şekilli, iyi sınırlı asemptomatik radyolusensilerdir. Sıklıkla tükürük bezi dokusu ile dolu olan kavitelerin nadiren çizgili kas, fibröz bağ doku ve yağ dokusu içerdiği gösterilmiştir. Erkeklerde ve 5-7. dekadlarda daha fazla görülmektedir. SKK'lar çoğunlukla rutin radyografik incelemeler sırasında tesadüfen saptanır. Panoramik radyografiler teşhis koymak için yeterli bilgi sunmasına rağmen, destekleyici görüntüleme yöntemlerine çoğu kez, özellikle atipik vakalarda ihtiyaç duyulabilir. SKK'nın görünümü genelde tanı koydurucudur ve tedavi gerektirmez. Bu olgu sunumunda, radyolojik incelemede tesadüfen fark edilen ve dental volümetrik tomografi ile doğrulanan SKK vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kemik kistleri; mandibula; konik ışınli bilgisayarlı tomografi

ABSTRACT Stafne bone cavities (SBC) are round or ovoid, well-circumscribed asymptomatic radiolucencies, generally seen in the mandibular angle, below the inferior alveolar canal. The cavities are often filled with normal salivary gland tissue, but occasional cases showed cavity contents that included skeletal muscle, fibrous connective tissue and adipose tissue. SBC mostly involves patients in 5-7. decades, with a male predominance SBC's are usually found incidentally during routine radiographic examinations. Although panoramic radiographies normally offer enough information to make a correct diagnosis, supporting imaging modalities such as sialography, computerized tomography, magnetic resonance imaging are often required, especially in atypical cases. The appearance of SBC is usually pathognomic, and no treatment is required. In this case report, we presented a case of SBC which was recognized incidentally in radiologic examination that was confirmed with dental volumetric tomography.

Key Words: Bone cysts; mandible; cone-beam computed tomography

Türkiye Klinikleri J Dental Sci Cases 2015;1(1):18-21

Stafne kemik kavitesi (SKK) olarak bilinen lingual mandibular kemik defekti, ilk kez 1942 yılında Edward Stafne tarafından tanımlanmıştır.¹ İdiyopatik kemik kavitesi, mandibular tükürük bezi defekti, statik kemik kisti gibi çeşitli adlandırmalara sahiptir.²⁻⁵ Yerleşimi değişiklik gösterebildiği ve gerçek bir kist olmadığı için kemik kavitesi ifadesinin kullanılması daha uygun bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.⁴

SKK lezyonları genellikle tek taraflı, yuvarlak veya oval şekilli, iyi sınırlı, uniloküler radyolusensiler olarak mandibular 3. molar diş civarında, mandibula bazisi ile mandibular kanal arasında görülmektedir. Daha az sıklıkla görülen anterior lingual tip lezyonlar alt kesici ve premolar bölgesinde

doi: 10.5336/dentalcase.2014-42388

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

lokalizedir.^{2,3,5,6} Asemptomatik ve benign olan bu lezyonlar karakteristik özellikler göstermediğinde tanı koymak güçleşmektedir. Cerrahi çalışmalar, kaviterin genellikle normal tükürük bezi dokusu ve yumuşak doku içerdiğini göstermiştir.⁷⁻⁹

SKK genellikle semptom vermediğinden rutin radyografik incelemelerde tesadüfen saptanır.^{5,6} Görülme yaşı çok geniş bir aralığa sahip olmasına rağmen, genellikle hayatın 5-7. dekadlarında ortaya çıkar. Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık dört kat daha fazla görülmektedir.^{2,5,10}

Bu olgu sunumunda, radyolojik incelemede tesadüfen fark edilen ve dental volümetrik tomografi (DVT) ile doğrulanan SKK vakası sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize rutin dental muayene için gelen 27 yaşındaki erkek hastadan alınan panoramik radyografide, sol alt yirmi yaş dişi civarında, mandibular kanal ile mandibula bazisi arasında iyi sınırlı radyolüsent alan saptandı (Resim 1). Olgunun sistemik olarak herhangi bir rahatsızlığı ve travma hikâyesi bulunmamakta idi. Ekstraoral muayenede fasiyal asimetri ve lenfadenopati yoktu. İntraoral muayenede iltihabi bulgular saptanmadı, ve mukoza normal görünümde idi.

Lezyonun alt molar bölge dişler ile ilişkisinin olmaması, asemptomatik olması ve mandibular kanalın altında olmasından dolayı SKK olabileceği düşünüldü. Daha detaylı inceleme için DVT'ye başvuruldu. DVT incelemelerinde aksiyal, koronal ve sagittal kesitlerde lingual kortekste minimal perforasyon olduğu görüldü (Resim 2). Lezyon 6,3x8,1x6,4 mm³ boyutlarında idi (Resim 3). Kavitenin mandibular kanal ile de ilişkili olmadığı izlendi (Resim 4).

Lezyon, SKK'nın posterior tipi olarak tanımlandı. Olguya lezyonun tedavi gerektirmediği, ancak düzenli olarak izlemlerinin yapılması gerektiği açıklandı.

TARTIŞMA

SKK, genellikle rutin radyografik incelemelerde tesadüfen saptanır. Oluşum nedeni tam olarak anlaşılabilmesine rağmen çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Stafne'nin öne sürdüğü konjenital teoride,

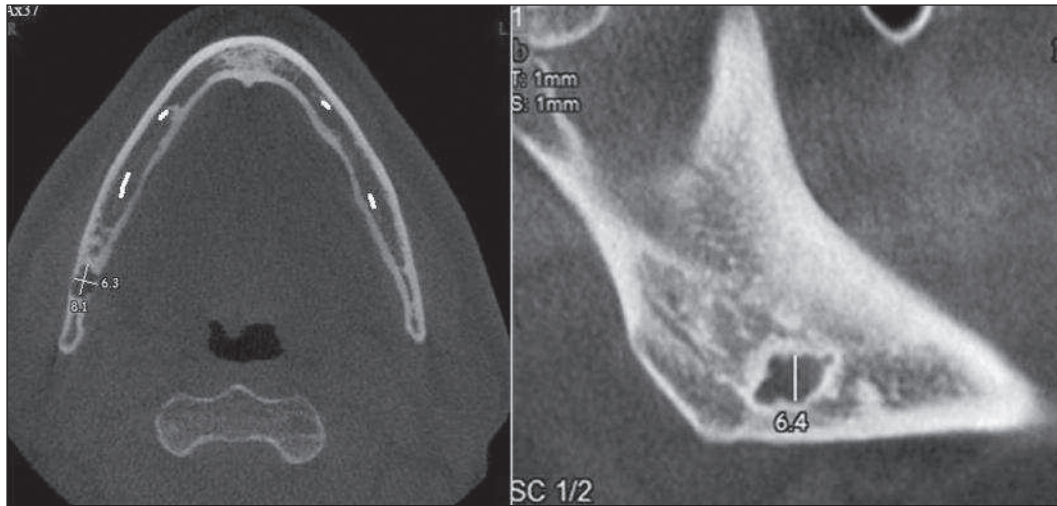


RESİM 1: Stafne kemik kavitesinin panoramik görüntüsü.



RESİM 2: Stafne kemik kavitesinin bukkal ve lingual kortekste oluşturduğu perforasyonun kesit görüntüsü.

tükürük bezi dokusuna ait parçaların mandibuların gelişimi sırasında sıkışmasıyla oluştuğu savunulmaktadır.¹ Bu teoriyle, mandibular posterior bölge dışında diğer tükürük bezlerinin komşuluğunda, anteriorda mental foramen ve mandibular simfiz civarında ve ramusta görülmesi açıklanabilmektedir.^{2,11} Gelişimsel mekanik teoride, submandibular tükürük bezi gibi komşu yapıların basıncıyla, kemikteki erozyon ve rezorbsiyon sonucu oluştuğu öne sürülmüştür.^{2,12} Konjenital teoriyi çürüten bu teori, çoğu lezyonun 5-7. dekadlarda görülmesi ve 11 yaşından küçük hiçbir çocukta bildirilmemiş olmasıyla ortaya çıkmıştır.^{2,12}

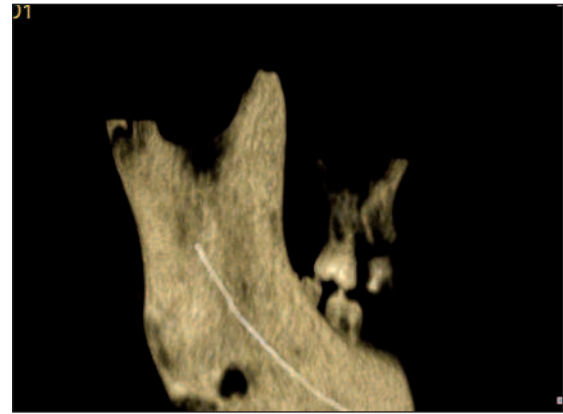


RESİM 3: Stafne kemik kavitesi aksiyal ve sagittal kesit görüntüsü.

SKK'nın görülme sıklığına göre posterior, anterior, ramus ve bukkal ramus olarak dört tipi tanımlanmasına rağmen, bu terim literatürde sıklıkla posterior tip için kullanılmaktadır.^{2,5,6} SKK, sıklıkla tek taraflı olarak posterior mandibulada görülmektedir. Çenelerin posterior bölgesinde görülme sıklığı, anteriora göre yedi kat daha fazladır.^{2,13} Kaviteğin çoğu tek taraflı olmakla birlikte çift taraflı olanları da mevcuttur. SKK boyutlarının 0,5-2 cm arasında değiştiği bildirilmiştir.^{7,10,11} İzlemlerde kavite boyutları değişiklik göstermemektedir, ancak aksini bildiren olgu raporları da mevcuttur.² Bizim vakamızda lezyon tesadüfen fark edilmiştir ve posterior tek taraflı yerleşim özelliği literatür bilgileriyle uyumludur.^{5,6}

Birçok cerrahi çalışmada kemik kavitesinin tükrük bezi, çizgili kas, lenfoid doku, yağ dokusu, kan damarları ve fibröz konnektif doku gibi dokular içerdiği gösterilmiştir. Ancak bunun, çevre doku ile birlikte biyopsi örneği alınması sonucu elde edildiği öne sürülmüştür.² Kavitenin pleomorfik adenom ve ossifiye fibrom içerdiği ya da boş olduğu olgular da bildirilmiştir.¹³ Olgumuzda panoramik radyografi ve DVT incelemeleri ile tanı konulmuştur. Cerrahi bir girişime gerek görülmediğinden kavite içeriğinin kesin yapısı ile ilgili bilgi edinilememiştir.

SKK'nın teşhisi için panoramik radyografiler yeterli olmasına rağmen, lezyonun atipik olması durumunda, travmatik kemik kisti, dentigeröz kist, odontojenik keratokist, nonossifiye fibrom, fibröz



RESİM 4: Stafne kemik kavitesinin mandibular kanalla olan ilişkisi (beyaz çizgi mandibular kanalın görüntüsü).

displazi, ameloblastoma, dev hücreli tümör, vasküler malformasyonlar, fokal osteoporotik kemik defektleri, bazal hücreli nevus sendromu, hiperparatiroidizmdeki brown tümörleri gibi mandibulada radyolüsent görüntü veren diğer lezyonlarla ayırıcı tanısı için ileri görüntüleme tekniklerine başvurulmalıdır.^{4,5,11} DVT, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sialografi tanı için kullanılan diğer tekniklerdir.⁵ Bu tekniklerde, kavitenin mandibulanın lingual yüzüne açılmış olması tanıya ulaştırıcı en önemli kriterlerdendir. BT ve MRG görüntülemeleri ayrıca lezyonun yerleşimi, submandibular bez ile ilişkisi, içeriği, sınırları ve boyutları hakkında daha detaylı bilgi verir.^{5,14} Olgumuzda lezyonun asemptomatik olması ve panoramik radyografide yerleşim yeri

olarak SKK ile uyumlu olması ön tanı için bazı bilgiler verse de, yapılan DVT incelemesi ile lezyonun boyutu, sınırları ve çevre kemiğin durumu hakkında daha detaylı bilgi alınması sağlandı. BT, diğer kemik patolojileriyle SKK'nın ayırıcı tanısında tamamlayıcı teşhis işlemidir ve literatürde en sık kullanılan tanı yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır.⁵ Uygulaması kolay ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Segev ve ark. BT kullanımının MRG'den daha kolay olduğunu, ancak MRG'nin kavite içeriğini belirlemede önemli olduğunu belirtmişlerdir.¹⁴ MRG'de hastayı iyonize radyasyona maruz bırakmadan yumuşak dokular görüntülenir, ancak uygulama süresinin uzun ve maliyetli olması, distorsiyon artefaktlarının varlığı, dezavantajlarıdır.^{4,5,14} DVT ise düşük radyasyon dozu, kısa görüntüleme süresi, invaziv olmayan bir yöntem olması gibi avantajları sayesinde BT'den daha fazla kullanım alanı sağlamaktadır.¹⁵ Sialografi ise hasta için konforsuz, uygulaması zor, iyonize radyasyona

maruz bırakması nedeni ile dezavantajlı olmasına rağmen, tükürük bezi dokusu içeren kavitelerin görüntülenmesinde yararlı olabilmektedir.¹⁶

SKK, sıklıkla tek taraflı olarak posterior mandibulada görülür. Çift taraflı olarak ve anteriorda görülmesi nadirdir.⁸ Bizim olgumuzda da SKK, mandibular posterior bölgede izlenmiştir.

SKK tedavi gerektirmez, hastanın klinik ve radyolojik izlem altına alınması yeterlidir. Radyografik bulguların atipik olduğu durumlarda ve izlemde, kavite boyutlarında değişiklik olması durumunda cerrahi girişim ve biyopsi yapılması önerilmektedir.^{2,6,13,15}

Sonuç olarak SKK, panoramik radyografilerle teşhis edilebilmesine rağmen, ek görüntüleme yöntemleri de ayırıcı tanı için önerilmektedir. Bu sayede diş hekimlerinin diğer anomalilerin farkında olmaları sağlanır ve gereksiz cerrahi işlemlerin yapılması önlenmiş olur.

KAYNAKLAR

1. Stafne E. Bone cavities situated near the angle of the mandibula. *J Am Dent Assoc* 1942;29:1969-72.
2. Philipsen HP, Takata T, Reichart PA, Sato S, Swei Y. Lingual and buccal mandibular bone depressions: a review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new cases from Japan. *Dentomaxillofac Radiol* 2002;31(5):281-90.
3. Slasky BS, Bar-Ziv J. Lingual mandibular bony defects: CT in the buccolingual plane. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20(3):439-43.
4. Branstetter BF, Weissman JL, Kaplan SB. Imaging of a Stafne bone cavity: what MR adds and why a new name is needed. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999;20(4):587-9.
5. Probst FA, Probst M, Maistrelli IZ, Otto S, Troeltzsch M. Imaging characteristics of a Stafne bone cavity--panoramic radiography, computed tomography and magnetic resonance imaging. *Oral Maxillofac Surg* 2014; 18(3):351-3.
6. Quesada-Gómez C, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11(3):E277-80.
7. de Courten A, Küffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94(4):460-4.
8. Queiroz LM, Rocha RS, de Medeiros KB, da Silveira EJ, Lins RD. Anterior bilateral presentation of Stafne defect: an unusual case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62(5):613-5.
9. Tolman DE, Stafne EC. Developmental bone defects of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967;24(4):488-90.
10. Turkoglu, K, Orhan K. Stafne bone cavity in the anterior mandible. *J Craniofac Surg* 2010; 21(6):1769-75.
11. Apruzzese D, Longoni S. Stafne cyst in an anterior location. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57(3):333-8.
12. Correll RW, Jensen JL, Rhyne RR. Lingual cortical mandibular defects: a radiographic incidence study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50(3):287-91.
13. Tsui SH, Chan FF. Lingual mandibular bone defect. Case report and review of the literature. *Aust Dent J* 1994;39(6):368-71.
14. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity--magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11(4):E345-7.
15. Etöz M, Etöz OA, Sahman H, Sekerci AE, Polat HB. An unusual case of multilocular Stafne bone cavity. *Dentomaxillofac Radiol* 201;41(1):75-8.
16. Oikarinen VJ, Wolf J, Julku M. A stereosialographic study of developmental mandibular bone defects (Stafne's idiopathic bone cavities). *Int J Oral Surg* 1975;4(2):51-4.