

Mandibuler Tutulumlu Santral Dev Hücreli Granülom

Central Giant Cell Granuloma in Mandible: Case Report

Duygu GÖLLER BULUT,^a
Emin Murat CANGER,^a
Emrah SOYLU^b

^aAğız Diş Çene Radyolojisi AD,
Erciyes Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Kayseri
^bAğız Diş ve Çene Cerrahisi AD,
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Tokat

Geliş Tarihi/Received: 16.09.2015
Kabul Tarihi/Accepted:13.12.2015

*Bu çalışma, 17th International Congress on Oral
Pathology and Medicine Kongresi
(25-30 Mayıs 2014, İstanbul)'inde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Duygu GÖLLER BULUT
Erciyes Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş Çene Radyolojisi AD, Kayseri,
TÜRKİYE/TURKEY
duygugoller@hotmail.com

ÖZET Santral dev hücreli granülom (SDHG) nadir görülen dev hücreli reparatif granülomolarakda bilinen, benign, proliferatif kemik lezyonudur. Etiyolojisi belirsizdir, travma ve inflamasyon sonucu tetiklendiği düşünülmektedir. Çene kemiklerinde görülen tüm benign lezyonların %7'sini oluşturmaktadır. Çoğunlukla çocuk ve genç erişkinlerde ve anterior mandibulada görülmektedir. Kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. En önemli bulgusu ağrısız şişliktir. Santral dev hücreli granülomun SDHG'nin iki klinik formu bulunmaktadır; agresif olmayan tipi yavaş, agresif formu ise hızlı gelişmektedir ve nüks oranı fazladır. Radyografik özellikleri patognomonik değildir. Sunulan bu rapor, 11 yaşında erkek hastada görülen SDHG'nin klinik incelemesini, panoramik radyografi ve konik ışınli bilgisayarlı tomografide değerlendirilmesini, histolojik inceleme, cerrahi tedavi ve takibini içermektedir.

Anahtar Kelimeler: Mandibula; granülom, dev hücre; konik ışınli bilgisayarlı tomografi

ABSTRACT The central giant cell granuloma, previously called giant cell reparative granuloma is an uncommon, non-neoplastic benign, proliferative, intraosseous lesion. The actual etiology of central giant cell granuloma (CGCG) is still unclear; it can be triggered by trauma or inflammation. The lesion occurs nearly 7% of all benign lesions of the jaws and is commonly seen in children and young adults and found in the anterior mandible. There is a greater tendency for females. CGCG has two clinic forms; its nonaggressive form has a slow growth potential and its aggressive form grows fast and has high rate of recurrence. Its radiographic features are not pathognomonic. The present report consists of clinical exhibition in an 11-year-old male with CDHG on mandible; radiographic examination of lesion on panoramic radiograph and cone-beam computed tomography, its histopathology examination, surgical treatment and follow up.

Key Words: Mandible; granuloma, giant cell; cone-beam computed tomography

Türkiye Klinikleri J Dental Sci Cases 2015;1(4):281-4

Dev hücreli granülomlar çenelerde santral dev hücreli granülomve periferik dev hücreli granülomolarak iki şekilde oluşmaktadır.¹ SDHG kemikten gelişmektedir. Periferik dev hücreli granüloma ise diş eti ve alveoler proses üzerinde meydana gelir. Her iki tip lezyon sıklıkla çocuklarda veya genç erişkinlerde görülür. Vakaların yaklaşık %65'ini kadın hastalar oluşturmaktadır. Lezyonlar mandibulada daha sık meydana gelmektedir.² Etiyolojik olarak travmatik, hormonal veya neoplastik orijinli olduğuna dair çeşitli teoriler ileri sürülmektedir. Çoğunlukla 20 yaşın altındaki bireylerde görülmektedir. Genellikle asemptomatik olan lezyonlar yavaş büyümektedir. Klinik bulguları ağrısız şişlik ve fasiyal asimetridir.³

doi: 10.5336/dentalcase.2015-47974

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

Radyolojik görüntüsü değişkendir. Çoğunlukla, çenelerde, iyi sınırlı uniloküler veya multiloküler radyolusent lezyonlar şeklinde görülmektedir. Dişlerde yer değiştirme, diş köklerinde rezorpsiyon, kortikal kemikte ekspansiyon ve destrüksiyona neden olabilmektedir. Radyolojik görüntüsünün patognomonik olmaması nedeni ile, çenelerde görülen diğer birçok lezyonla karışabilmektedir. Histopatolojik olarak periferik ve santral lezyonlar arasında fark yoktur. Selüler fibroblastik stromadan oluşan, gevşek bağ dokusu içerisine serpilmiş fibroblastlar, küçük kapillalar ve bağ dokusunun her tarafına yayılan az sayıda çok çekirdekli dev hücreler görülmektedir.⁴

SDHG'lerin tedavisi cerrahi eksizyondur. Ancak lokal faktörler ve kronik iritanlar ortadan kalkmadıkça nüks görülebilir.⁵ Bu çalışmada mandibula anterior bölgeye yerleşen ve kemik rezorpsiyonu yapan SDHG olgusu, tedavisi ve iyileşme süreci sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

On bir yaşında ki erkek olgu, sol alt çene anterior bölgesinde şişlik nedeni ile kliniğimize getirildi. Olgunun herhangi bir sistemik rahatsızlığının, travma hikâyesinin olmadığı, bölgedeki şişliğin üç aydır farkında olduğu öğrenildi. Ekstra oral muayenesinde patolojik bir bulgu gözlenmedi (Resim 1a). İntraoral muayenesinde ise 74 ve 42 numaralı dişler arasında uzanan ve vestibül sulkusu dolduran, palpe edildiğinde periferi kemik sertliğinde, merkezi lastik kıvamında bir kitle saptandı. Üze-



RESİM 1: a) Olgunun ekstraoral görünümü; b) İntraoral görünümü.

rini örten mukoza hiperemik idi. Kitlenin merkezinde palpasyonda hafif bir ağrı mevcuttu (Resim 1b).

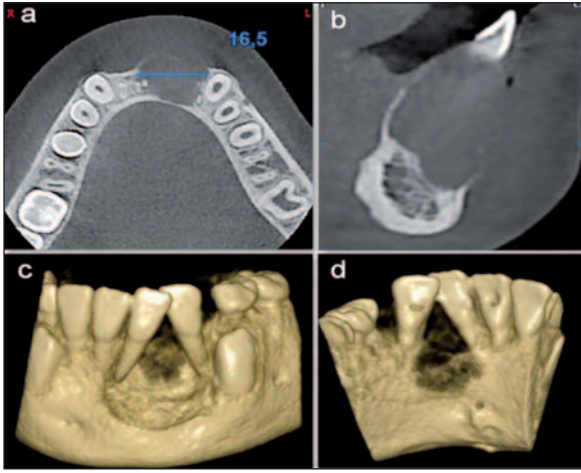
Panoramik radyografik incelemesinde sol mandibuler anterior bölgesinde 33 ve 41 numaralı dişler arasında uzanan, sınırları hafif belirgin, uniloküler radyolusent bir alan gözlemlendi. Otuz bir numaralı dişin meziale, 32 numaralı dişin distale deplase olduğu saptandı (Resim 2). Olgunun lezyonla ilişkili görülen dişlerine elektrikli pulpa testi yapıldı. Otuz bir ve 41 numaralı dişler vitalite testine negatif yanıt verirken, 32 numaralı dişin geç yanıt verdiği görüldü. Lezyonun gerçek boyutlarını ve sınırlarını saptamak amacıyla olgunun ilgili bölgesinden konik ışınlı bilgisayarlı tomografi (KİBT) (Newtom 5G, QR, Verona, İtalya) alındı. Aksiyal, koronal ve sagittal KİBT kesitlerinde sınırları belirsiz, uniform, 41 numaralı dişin mezialinden başlayıp 33 numaralı dişin mezialine kadar uzanan radyolusent bir lezyon gözlemlendi. Bukkal ve lingual kortikal kemikte ekspansiyon, inceleme ve rezorpsiyon alanları izlendi (Lezyonun boyutları yaklaşık 17×24,5 mm) (Resim 3 a,b).

Üç boyutlu Kronik ışınlıBT kesitlerinde bukkal ve lingual kortikal kemikte perforasyon ve 31, 32 numara dişlerde deplasyon meydana geldiği görüldü (Resim 3 c,d).

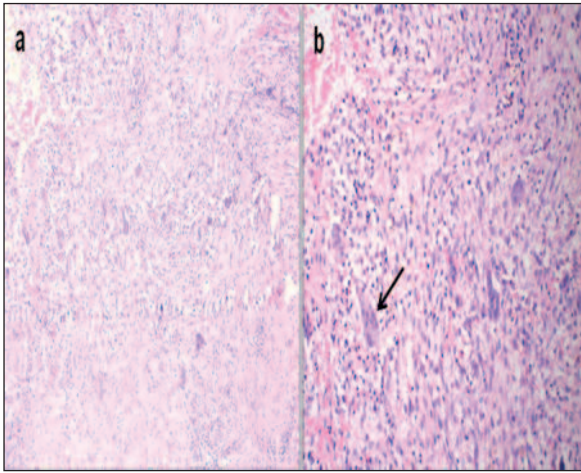
Lezyona eksizyonel biyopsi yapıldı (Protokol no: B-7993/2013). Histopatolojik incelemesinde; yuvarlak ve düzensiz şekilli hücreler içeren bağ dokusunda çok sayıda çok çekirdekli dev hücreler, kanama odakları ve fibroblastlar gözlemlendi. Bu bulgular sonucunda SDHG teşhisi konuldu (Resim 4 a,b). Olgunun granuloomla ilişkili 31, 32 ve 41 nu-



RESİM 2: Olgunun panoramik radyografi görüntüsü (Beyaz oklar; mandibula sol anterior bölgedeki lezyonun sınırları).



RESİM 3: Olgunun konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntüleri; **a)** Aksiyal kesit; **b)** Sagittal kesit; **c)** Üç boyutlu anterior görünüm; **d)** Üç boyutlu posterior görünüm.



RESİM 4: Histopatolojik görünüm; a, b, siyah ok; çok çekirdekli dev hücre.

maralı dişlerine kanal tedavisi yapılarak lezyon cerrahi olarak eksize edildi. On iki ay sonra yapılan klinik ve panoramik radyografik muayenede patolojik bir bulgu saptanmadı. Olgunun herhangi bir şikâyeti yoktu. Lezyonla ilişkili bölgede kemikte iyileşmenin tamamlandığı, 31 ve 41 numaralı dişlerdeki deplesyonun düzeldiği saptandı (Resim 5). Olgunun 18 yaşından küçük olması nedeniyle velisinin de onayı alınarak bu raporu hazırlanmıştır.

TARTIŞMA

SDHG ilk kez 1953 yılında Jaffe tarafından tanımlanmıştır.^{4,6} Etiyolojisi ile ilgili üç farklı teori tartışılmaktadır: 1. Reaktif bir lezyon olabilir, 2. Gelişimsel bir anomalidir, 3. Benign bir neoplazmdır.⁶



RESİM 5: Olgunun 12 ay sonra kontrol amaçlı alınan panoramik radyografında lezyon bölgesindeki iyileşme izlenmektedir.

Neville ve ark., nonneoplastik bir lezyon olduğunu düşünmektedir.⁷ Dünya Sağlık Örgütü ise SDHG'yi; klinik gelişimi ve radyografik özellikleri tümöre benzemesine rağmen, tümör özelliği göstermeyen kemikle ilişkili lezyon olarak sınıflandırmıştır. Lezyonların oluşum nedenleri travmaya da (diş taşı, diş çekimi, protez irritasyonu) bağlanırken bazı araştırmacılar da odontojenik kökenli olduğunu da bildirmektedirler.⁶ Olgumuzun anamnezinde genel sistemik bir hastalığa ve travma hikâyesine rastlanmamıştır.

Yapılan çalışmalar sonucunda SDHG'nin maksillaya göre mandibulada daha fazla geliştiği ve molar bölgeden orta hatta doğru yayılım gösterdiği görülmüştür.⁶ Ayrıca, birçok vakada lezyonun dişli çenelerde görüldüğü bildirilmiştir. Bizim olgumuzda lezyon anterior dişli bölgede başlamış ve orta hattı geçmiştir. Klinik olarak, 30 yaş altı hastalarda ve daha çok kadınlarda görülmektedir.⁸ Bu vakada da lezyon mandibulada ve 11 yaşında ki erkek olguda görülmektedir.

SDHG, benign bir lezyon olmasına rağmen, nonagresif ve agresif olan iki tipi mevcuttur. Nonagresif tipi, genellikle yavaş gelişmektedir ve semptomsuzdur. Agresif tipi ise çoğunlukla genç hastalarda görülmektedir, hızlı büyür ve ağrılıdır. Sıklıkla kortikal yıkım ve kök rezorbsiyonuna neden olmaktadır.¹ Bu vakanın genç bir olguda gö-

rülmesi, üç aylık bir periyotta ekspansiyona ve kortikal kemikte rezorpsiyona neden olması ve olgunun palpasyonda ağırlı şişlik şikâyetinin varlığı, SDHG'nin agresif tipine uygun olduğunu göstermektedir.

SDHG'nin radyolojik görünümü spesifik olmayıp, iyi sınırlı, uniloküler veya multiloküler radyolüseni şeklindedir. Agresif olmayan formlarının sınırları belirgindir. Agresif formları ise zayıf sınırlıdır ve değişik boyutlarda kortikal yıkım mevcuttur.¹ Panoramik radyografide genellikle iki tip görünümü vardır. Birinde homojen, monoloküler, osteolitik alanlar mevcut olup, kemik trabekülleri gözlenmez. Diğerinde ise lezyon multipl osteolitik alanlar şeklindedir ve tümör içinde kemik trabekülleri gözlenmektedir. Bu görünümü odontojenik mikroma, ameloblastoma, hemanjiyoma ve anevrizmal kemik kisti ile karışabilmektedir.⁹ Erken dönemdeki lezyonlar küçük ve uniloküler iken, büyük lezyonlarda septalar gözlenmektedir. Konvansiyonel radyografide genelde radyolüsent görüntü vermektedir.^{10,11} Bu olguda lezyon agresif tipe uygun olarak uniloküler, radyolüsenttir ve sınırları belirsizdir. Lezyonun bulunduğu alanda bukkal ve lingual kortikal kemikte rezorpsiyon alanları gözlenmektedir. SDHG'ler çenelerde diş köklerinin etrafından rezorpsiyon yaparak başlamakta ve ilerleyip kortikal kemiği inceltmektedirler. Yüzey mukozasının bütünlüğü

bozulmaz. Komşu dişlerde kök rezorpsiyonları sıklıkla gözlenmektedir.¹² Olgumuz da lezyonla ilişkili dişlerde depleksyon ve vitalite kaybı olmasına karşın diş köklerinde rezorpsiyon gözlenmemektedir.

SDHG'ler çenelerde görülebilen diğer dev hücreli patolojilerle ve fibroosseöz lezyonlarla karışabilmektedir.¹³ Bu nedenle, bu lezyonların SDHG ile olan ayırıcı tanıları sadece radyolojik görünümünden yola çıkarak yapmak genellikle yeterli olmaktadır. Bunun yerine histolojik özellikler, biyokimyasal değerler, radyografik özellikler, klinik bulgular, lenfadenopati varlığı, lezyonların çene bölgesi dışındaki yerlerde de bulunması ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken önemli kriterlerdir.¹⁴

Dev hücreli lezyonlar benzer histolojik özelliklere sahip olsalar da klinik davranışları oldukça farklıdır. Dev hücreli lezyonların ayırıcı tanısında diğer dev hücreli lezyonlar olan dev hücreli tümörler, anevrizmal kemik kistleri ve hiperparatroidizme bağlı Brown tümörleri düşünülmeli ve klinik, radyografik, biyokimyasal, hormonal ve histopatolojik bilgiler ışığında ayırımı yapılmalıdır.¹⁴

Sonuç olarak, bu çalışmada literatürde az rastlanan ve klinik olarak birçok probleme sebep olabilen SDHG olgusu klinik, radyografik ve histopatolojik olarak ele alınmış, olgunun tedavi ve izlemi sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Kumar KA, Humayun S, Kumar BP, Rao JB. Reparative giant cell granuloma of the maxilla. *Ann Maxillofac Surg* 2011;1(2):181-6.
2. Babadağ DM, Karasu HA, Şahin M, Uyanık LO. [Central giant cell granuloma a case report]. *A. Ü. Diş Hek Fak. Derg.* 2006;33(1):59-62.
3. Eveson JW, Auclair P, Gnepp DR, El-Naggar AK, Ellis G, Simpson RHW. Tumours of the salivary glands. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC; 2005. p.209-81.
4. Sass SM, Pinto MC, Jebahi Y, Bortolon L. Giant cell reparative granuloma in the mandible. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 76(2):273.
5. Ebrahimi H, Yazdani J, Pourshahidi S, Esmaeli F, Zenouz AT, Mehdipour M. Central giant cell granuloma of the posterior maxilla: a case report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2008;1(2):71-5.
6. Jadu FM, Pharoah MJ, Lee L, Baker GI, Allidina A. Central giant cell granuloma of the mandibular condyle: a case report and review of the literature. *Dentomaxillofac Radiol* 2011;40(8): 60-4.
7. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Bone pathology. Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nded. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2002. p.544-7.
8. Abu-El-Naaj I, Ardekian L, Liberman R, Peled M. Central giant cell granuloma of the mandibular condyle: a rare presentation. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60(8):939-41.
9. Abdo EN, Alves LC, Rodrigues AS, Mesquita RA, Gomez RS. Treatment of central giant cell granuloma with intralesional corticosteroid. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43(1):74-6.
10. Şiğirci A, Kutlu R, Baysal T, Saraç K. [Central giant cell granuloma: Conventional radiography and CT findings]. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 2000;6(3): 369-72.
11. Telcioğlu NT, Sümer M, Eğilmez T, Karagöz F. [Central giant cell granuloma: case report]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2009; 15(1):64-8.
12. Duarte Ruiz B, Riba García Fde A, Navarro Cuéllar C, Buccì T, Cuesta Gil M, Navarro Vila C. Reparative giant cell granuloma in a pediatric patient. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12(4):E331-5.
13. Karlı R, Uğur MB, Bahadır B, Gül A, Uzun L. [Giant cell reparative granuloma: a case report]. *KBB-Forum* 2009. p.39-43.
14. Aslan M, Şimşek Kaya G, Dayı E, Akkaş İ, Demirci E. [A peripheral giant cell granuloma in early age (case report)]. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2006;16(1):61-4.