

# Periferal Tutulumlu Santral Dev Hücreli Granüloma (İki Olgu Sunumu)<sup>†</sup>

## PERIPHERALLY LOCALIZED CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA (REPORT OF TWO CASES)

Çağrı DELİLBAŞI\*, Sami SONBAY\*, Ümit K. AKAL\*\*, Selahattin OR\*\*\*, Ömer GÜNHAN\*\*\*\*

\* Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

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

\*\*\* Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

\*\*\*\*Prof.Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji AD, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Kortikal kemiği perfore ederek ağız içine lokalize olan santral dev hücreli granüloyoma ait iki vakanın klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri literatür bilgileri ışığında sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** Biri 56 yaşında bayan, diğeri 13 yaşında erkek olan iki hastamızın şikayetleri doğrultusunda yapılan muayene ve tetkikler sonucu periferal tutulumlu santral dev hücreli granüloyoma tanısı konulmuştur. Enükleasyon ve küretaj tedavisi sonrası nüks görülmemiştir.

**Sonuç:** Santral dev hücreli granüloyoma ağız ortamına ulaştığında, diğeri periferal lezyonlardan ayırımı güçleşebilir. Bu ayırımın yapılmasında; iyi bir anamnez, klinik ve radyolojik muayene önem kazanmaktadır. Değişik tedavi seçeneklerinin yanısıra, enükleasyon ve küretaj uygulanan olgularımızda başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dev Hücreli Granüloyoma,  
Dev Hücreli Lezyonlar, Mandibula

T Klin Diş Hek Bil 2000, 6:145-149

### Summary

**Purpose:** Clinical, radiographic and histopathologic features of two cases of central giant cell granuloma localized in mouth by perforating the cortical bone are presented with review of the literature.

**Case Reports:** 56-year-old woman and 13 year-old-male patients were diagnosed as peripherally localized central giant cell granuloma. No recurrence was observed after treatment with enucleation and curettage.

**Conclusion:** When central giant cell granuloma extends into the mouth, it may be difficult to distinguish from other peripheral lesions. History of the patient, clinical and radiographic examinations are essential for differential diagnosis. Besides many treatment modalities, enucleation and curettage were found satisfactory in our cases.

**Key Words:** Giant Cell Granuloma,  
Giant Cell Lesions, Mandible

T Klin J Dental Sci 2000, 6:145-149

Çenelerin dev hücreli granüloyomaları periferal ve santral olarak sınıflandırılır. Periferal dev hücreli granüloyoma diş eti ve alveol proçes üzerinde, santral dev hücreli granüloyoma (SDHG) ise kemikten gelişir (1,2). Kadınlar erkeklere göre daha fazla

etkilenirler. Lezyonlar sıklıkla 20 yaşın altında ve mandibulada görülmektedir (3-5). Etyolojilerinde hormonal, travmatik veya neoplastik orijin ileri sürülmektedir (1,6). 1950 yılından önce çenelerin dev hücreli granüloyomaları, dev hücreli kemik tümörü grubuna dahil edilmekteydi, ancak ilk defa 1953 yılında Jaffe, dev hücreli reperatif granüloyoma deyimini ortaya atarak bunun uzun kemiklerin epifizyal bölgesinde bulunan dev hücreli tümörden ayrı bir lezyon olduğunu belirtmiştir. Lezyon gerçekte destrüktif bir gelişme gösterdiği için daha sonra reperatif deyimini kullanılmamaya başlanmıştır. SDHG, radyolojik olarak uniloküler veya multiloküler radyolüsent alanlar şeklinde gözlenir.

**Geliş Tarihi:** 15.06.2000

**Yazışma Adresi:** Dt.Çağrı DELİLBAŞI  
Yeni Foça Sok. 13/26  
06700, GOP, ANKARA

<sup>†</sup> 17-21 Mayıs 2000 tarihleri arasında Belek-Antalya'da düzenlenen Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 8. Uluslararası Bilimsel Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

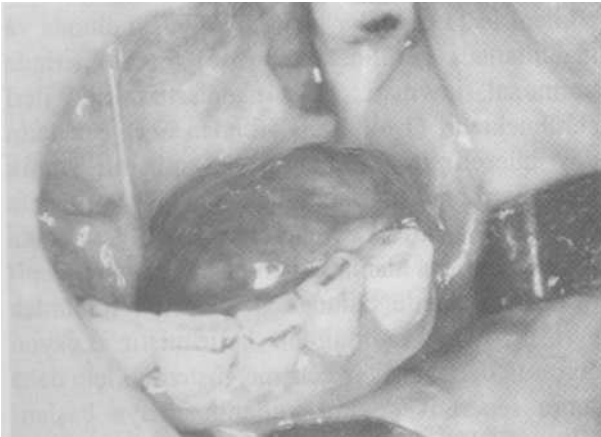
Genellikle alt çenede ve birinci molarların önünde oluşur ve sıklıkla orta hattı geçer (7-10). SDHG tedavisinde lokal küretaj ve enükleasyon tercih edilmektedir (5,9). Operasyon sırasında gözlenen boşlukların kırmızı solid veya kırmızı-gri renkte karaciğere benzeyen kanamalı bir doku ile dolduğu görülür (1,2). İyi uygulanan cerrahi işlem ve rutin kontroller lezyonun tekrarlamasını önlemektedir. SDHG kemiği perfore edip ağız ortamına ulaştığında, periferik olandan ayırımı güçleşebilir, ancak bu ayırım iyi bir anamnez, klinik muayene ve radyolojik inceleme ile kolaylıkla yapılabilir (11,12). Bu makalede, nadir görülen periferal tutulumlu SDHG'ya ait iki olgunun tanı, tedavi ve takibi sunulmaktadır.

### Olgu 1

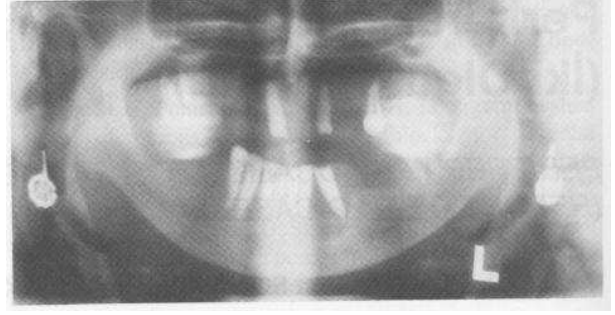
56 yaşındaki bayan hasta, alt çene sol ön bölgesindeki kanamalı şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. İntraoral muayenede, alt sol kesici dişlerin lingualinde yer alan, yaklaşık 2.5 cm boyutunda, yüzeyinde kanama odakları içeren, kırmızimsı-kahverengi renkte, geniş tabanlı bir kitle saptandı (Resim 1). Alınan panoramik radyografide, alt sol lateral ve kanin dişleri tutan radyolüsent bir saha olduğu görüldü (Resim 2). Hasta genel anestezi altında opere edildi. Kitle tamamen çıkarılarak, lezyonun içinde yer alan lateral ve kanin dişlerle mobilitesi olan santral diş ekstrakte edildi. Hastanın bir yıllık takibinde herhangi bir nükse rastlanmadı (Resim 3).

### Olgu 2

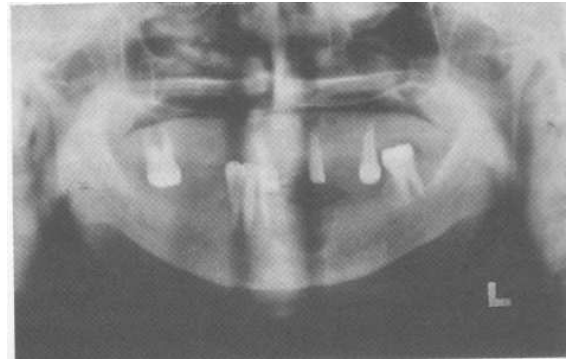
13 yaşındaki erkek hasta alt çene sol bölgede yavaş büyüyen şişlik şikayeti ile kliniğimize



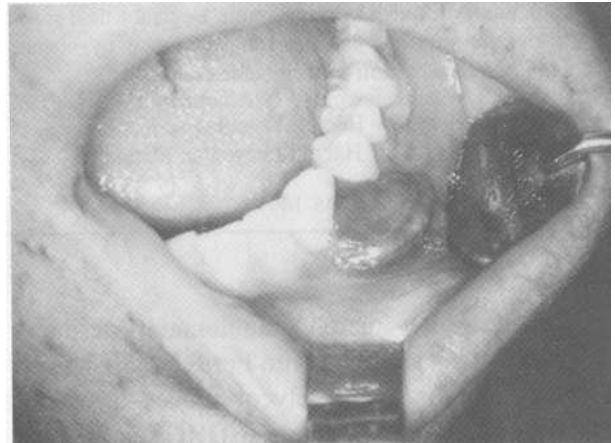
Resim 1. Ağız tabanında lokalize olan lezyonun görünümü.



Resim 2. Olgunun preoperatif panoramik radyografisi.

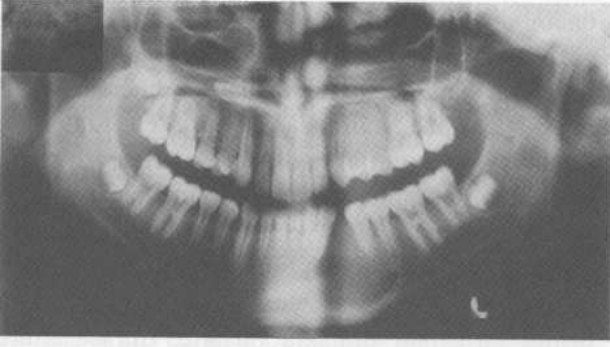


Resim 3. Postoperatif 1. yıl radyografisi.

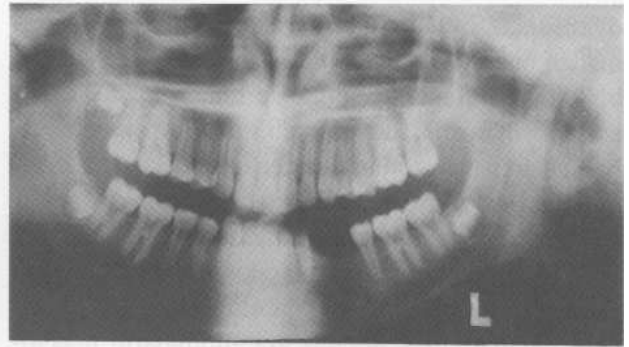


Resim 4. Olgunun preoperatif ağız içi görüntüsü.

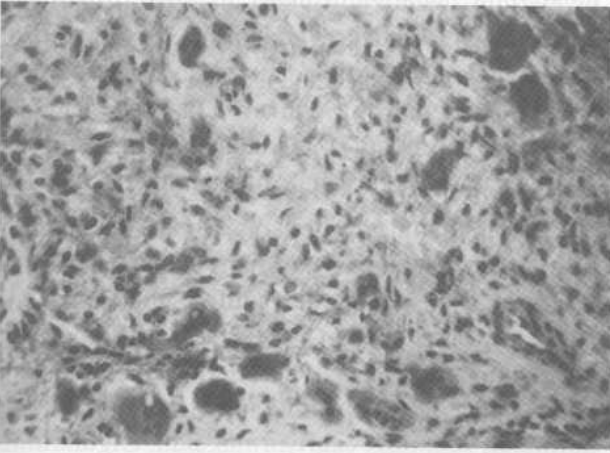
başvurdu. Ekstraoral muayenede ilgili bölgede sert bir şişlik gözlemlendi. İntraoral muayenede, alt sol kanin ve birinci premolar dişlerin arasında lokalize, kırmızimsı-mor renkli, geniş tabanlı bir lezyon tespit edildi (Resim 4). Panoramik radyografide, alt sol kanin ve birinci premolar dişlerin birbirinden



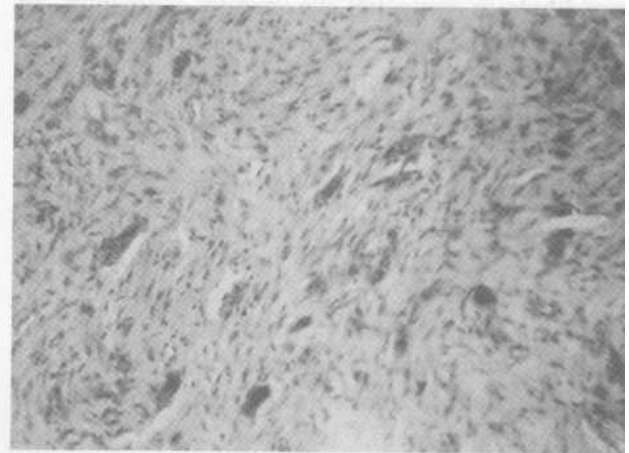
**Resim 5.** Olgunun preoperatif panoramik radyografisi.



**Resim 6.** Postoperatif 9. aya ait radyografi.



**Resim 7-8.** Lezyonlara ait histopatolojik görüntü. (H.E x 200)



uzaklaştığı ve kökleri arasında 2 cm çapında multi-loküler radyolüseni görüldü (Resim 5). Lokal anestezi altında lezyon tamamen çıkarılarak bölge kürete edildi. Lezyonla ilişkili olan kanin ve birinci premolar dişler çekildi. Hastanın dokuz aylık takibinde nükse rastlanmadı (Resim 6).

Hastalarımıza uygulanan aspirasyon biyopsisi sonucunda, dev hücreli granülomayla uyumlu lezyon ön tanısı konuldu. Lezyonların histopatolojik incelenmesi sonucu ön tanı doğrulandı. Mikroskopik değerlendirmede, her iki lezyonun benzer özellikler gösterdiği saptanarak, ülserle mukoza altında osteoklast benzeri çok çekirdekli dev hücreler ve oval-iğsi çekirdekli fibroblastik hücrelerden oluştuğu görüldü. Eski ve yeni kanama odakları da yer almakta, kemik içinden alınan örneklerde lezyona komşu reaktif kemik yapımı izlenmekteydi (Resim 7-8).

## Tartışma

Dev hücreli lezyonlar; hiperparatiroidizmde görülen Brown tümörü, dev hücreli granülomalar, anevrizmal kemik kisti, cherubism ve dev hücreli tümörleri kapsamaktadır (1). Bu lezyonlar benzer histolojik özelliklere sahip olmakla birlikte klinik davranışları oldukça farklıdır. Santral dev hücreli granülomaların etyolojilerine yönelik farklı görüşler mevcuttur. Lezyonların oluşum nedenleri diş çekimi, diş taşı, protez irritasyonu gibi travmaya bağlanırken bazı araştırmacılar odontojenik kökenli olduğunu ileri sürmektedir (3). Andersen ve arkadaşları (13), toplumda diş çekimi, diş çürükleri, diş taşları ve protezlerin sık olmasına karşın, dev hücreli granüloma olgularına az rastlanması nedeniyle travmanın sebep olarak düşünülmesine karşı çıkmaktadırlar. Çöloğlu (7), tavşanlarda yaptığı çalışmasında travmanın rolünün bulunmadığını bildirmektedir. Bir kısım yazarlar travma

öyküsünün bulunmamasına karşın lezyon başlamadan önce ya da lezyonla birlikte kronik yangısal bir olayın bulunabileceğini ve bunun küçük kanamalara yol açarak, dev hücreli granüloma olarak bilinen tepkisel lezyonlara neden olabileceğine inanmaktadırlar. Ayrıca, SDHG nedeni olarak gebelikteki östrojen ve gonadotropik hormon seviyesindeki artış, endotelin eritrosit çıkışına neden olacak şekilde deforme oluşu sayılabilir (11,12). Yapılan çalışmalarda, dev hücreli granülomaların maksillaya göre mandibulayı tuttuğu ve molar bölgeden orta hatta doğru yayılım gösterdiği görülmüştür (11,14). Whiteaker (4), 142 olgunun %75 oranında mandibulaya yerleştiği ve bunun %49'unun ön bölgede bulunduğunu ve maksillada yerleşen lezyonların ise %77'sinin ön bölgede lokalize olduğunu saptamıştır. SDHG daha çok 20 yaşın altında ve kadınlarda görülür. Olguların %75'i 30 yaşın altında, %60'ı 20 yaşın altında, %15'i hayatın ilk dekatında izlenir (9). Cohen ve arkadaşları (15), SDHG bulunan 16 hastanın radyografik incelemesinde; lezyonların yarısının uniloküler, yarısının multiloküler radyolüseni gösterdiğini saptamışlardır. Yavaş büyüyen bir lezyon olduğundan genelde iyi sınırlıdır. Lezyonların korteksi perfore edebileceği, lezyona komşu dişlerde malpozisyon gözlenebileceği ve kök rezorpsiyonunun ender olduğu bildirilmektedir (14,16). Woldron ve Shaffer, lezyonların daima çenelerin dişli bölgelerinde görüldüğünü ancak molar bölgede az lokalize olduklarını saptarken, Cohen ve arkadaşları (15), ramusta beş, kondiler proçeste iki lezyon lokalizasyonu rapor etmişlerdir. SDHG tedavisinde daha çok enüleasyon ve küretaj tercih edilmektedir. Yetersiz tedaviyi takiben nüks görülebilmekte ve bu oran değişik kaynaklarda %4-%12 arasında belirtilmektedir (17). Santral lezyonlarda nüks gösteren lezyonların büyümesi oldukça hızlıdır. İlk cerrahi girişimden iki hafta sonra nüks ve hızlı büyüme gösteren ve klinik olarak oldukça agresif bir SDHG olgusu bildirilmiştir (11). SDHG tedavisinde radyasyon uygulamasının kontrendike olduğu ve bunun genç hastalarda radyasyon uygulanan tarafta malign hastalık görülmesinde potansiyel etkisi olduğu ileri sürülmektedir (2,9). Lokal kortikosteroid enjeksiyonu da tedavide etkili olabilmektedir (18). Geniş yayılım gösteren lezyonlarda rezeksiyon yapılabilir. Özellikle kemiğin dev hücreli tümörü ayırıcı tanıda

önemlidir. Tümörün klinik özellikleri, çok nadir görülmesi, lokalizasyonu ve hastanın yaşı dikkat çekicidir. Santral granülomada dev hücreler kanama odaklarında yığılmalar gösterirken, tümördeki dev hücrelerin uniform olarak dağılması histopatolojik ayırıcı tanıda önemlidir. Dev hücreli tümörün %50 oranında nüks ve %10 oranında maligniteye dönüşme riskinin bulunması ayırıcı tanıda başlıca nedendir (5,19). Lezyonlardaki dev hücrelerin orijini tartışmalı olmakla birlikte, ultrastrüktürel çalışmalarda osteoklastların modifiye şekilleri oldukları saptanmıştır. Klinik ve radyolojik tetkiklerin yanında, Ca, P, iyonize Ca ve paratiroid seviyelerinin değerlendirilmesi hiperparatiroidizmin araştırılması açısından gereklidir. Hiperparatiroidizmin tedavisi yapılmadan serum değerleri normale dönmez (13). Sunulan olgularda, istenilen laboratuvar tetkikleri sonucunda, hiperparatiroidizmi düşündürecek bir sonuca rastlanmadı.

Her iki olguda da herhangi bir travma, lokal irritasyon veya hiperparatiroidizm bulgusu olmaması ve lezyonların dişleri de içerdiği göz önüne alınarak, periodontal veya periostal kaynaklı oldukları düşünülmektedir. Ancak hastaların pubertal dönem ve postmenapozal dönemde olmaları muhtemel bir hormonal yatkınlığı çağrıştırmaktadır. Olgularımızda enüleasyon ve küretajla kesin tedavi sağlanmış ve nüks görülmemiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Aral L, Şimşek B, Öztürk M, Yılmaz D: Santral dev hücreli granülom (iki vaka raporu). C.Ü Diş Hek Fak Derg 1:136, 1998
2. Or S, Yücetaş Ş: Clinical and histopathological evaluation of giant cell granulomas of the jaws. Asian J Oral Surg 5:7, 1993
3. Potter BJ, Tiner BD: Central giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 75:286, 1993
4. Whitaker SB, Waldron CA: Central giant cell lesions of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 75:199, 1993
5. Sidhu MS, Parkash H, Sidhu SS: Central giant cell granuloma of the jaws-review of 19 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 33:43, 1995
6. Hernandez HN, Lewiss RE, Yousem DM, Clerico DM, Weinstein GS: Central giant cell granuloma of the hard palate. Otolaryngol Head Neck Surg 118:871, 1998
7. Çöloğlu SA: Santral dev hücreli reparatif granülom konusunda tavşanlar üzerinde deneysel araştırma (Doktora Tezi). İ.Ü Diş Hek Fak, 1973
8. Tunakan M, Aksu Y: Dev hücreli reparatif granülomlar. İ.Ü Diş Hek Fak Derg 15:253, 1981

9. Roberson JB, Crocker DJ, Schiller T: The diagnosis and treatment of central giant cell granuloma. JADA 128:81, 1997
10. Kaffe I, Ardekian L, Taicher S, Littner MM, Buchner A: Radiologic features of central giant cell granuloma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 81:720, 1996
11. Köyoğlu S: İki olgu nedeniyle santral dev hücreli granülo- ma. D.Ü Diş Hek Fak Derg 5:19,1994
12. Minic A, Stajic Z: Prognostic significance of cortical perforation in the recurrence of central giant cell granulomas of the jaws. J Cranio Maxillofac Surg 24:104, 1996
13. Andersen L, Fejerskow O, Philipsen HP: Oral giant cell granulomas: a clinical and histological study of 129 new cases. Acta Path Microbiol Scand 81:606,1973
14. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG: Cysts and cystic lesion of the mandible:clinical and radiologic- histopathological review. Radiographics 19:1107, 1999
15. Cohen M, Grossmann E, Thompson S: Features of the central giant cell granuloma of the jaws xenografted in nude mice. Oral Surg Oral Pathol 66:209, 1988
16. Martin JP, Unkel JH, Fordjour I: Preservation of the dentition following removal of a central giant cell granuloma: a case presentation. J Clin Pediatr Dent 24:35, 1999
17. Pagrel MA, Regezi JA, Harris ST, Goldring SR: Calcitonin treatment for central giant cell granulomas of the mandible:report of two cases. J Oral Maxillofac Surg 57:848, 1999
18. Rajeevan NS, Soumithran CS: Intralesional corticosteroid injection for central giant cell granuloma:a case report. Int J Oral Maxillofac Surg 27:303, 1998
19. Or S, Türker M, Ergen G: Çenelerin dev hücreli reperatif granülomaları. İ.Ü Diş Hek Fak Derg 12:154, 1978