

Santral Dev Hücreli Granülom

Central Giant Cell Granuloma: Case Report

N. Tuba TELCİOĞLU,^a
Mahmut SÜMER,^a
Türkan EĞİLMEZ,^b
Filiz KARAGÖZ^c

^aAğız Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

^bPedodonti AD,
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,

^cPatoloji AD,
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Samsun

Geliş Tarihi/Received: 03.03.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 12.05.2008

Bu çalışma, Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneğinin XIV. Uluslararası Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
N. Tuba TELCİOĞLU
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Samsun
TÜRKİYE/TURKEY
tubaguducu@hotmail.com

ÖZET Santral dev hücreli granülom bütün benign çene lezyonlarının %7'den daha az bir kısmını oluşturan, nadir rastlanır bir patolojidir. Çoğu santral dev hücreli granülom benign olmasına rağmen bazıları agresif karakter gösterebilmektedir. Bu çalışmada biri maksiller anterior bölgede, diğeri ise mandibular anterior bölgede gözlenen iki santral dev hücreli granülom olgusu sunulmaktadır. Beş yaşındaki kız hasta ve 10 yaşındaki erkek hasta şişlik ve ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan intraoral muayenede biri maksiller anterior, diğeri ise mandibular anterior bölgede olan kemik ekspansiyonları izlendi. Radyolojik incelemede ilgili bölgelerde uniloküler radyolüsent lezyonlar görüldü. Her iki lezyon da genel anestezi altında eksize edildi. Cerrahi eksizyon ile elde edilen parçaların histopatolojik değerlendirilmesi sonucu her iki lezyonun da santral dev hücreli granülom olduğu belirlendi. İlk operasyondan üç ay sonra ikinci olguda nüks gözlenmiş ve hasta tekrar opere edilmiştir. Bu nedenle santral dev hücreli granüolarda nüks oluşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda hastanın yakın takibi ve kontrolü yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli tümör, çene anomalileri, küretaj

ABSTRACT Central giant cell granuloma is a rare pathology and represent about less than 7% of all benign lesions of the jaws. Although most of central giant cell granulomas are benign, some of them can present aggressive character. The report presents two cases of central giant cell granuloma, one of them is in anterior maxilla and the other is in the anterior mandible. A five year old girl and a seven years old boy were referred to our clinic with complaining of swelling and pain. Intraoral examinations revealed bone expansion, one of them was located in the anterior maxilla and one was located in the anterior mandible. Radiographic examinations showed unilocular radiolucent lesions in the related regions. The surgical removal of two lesions was performed under general anaesthesia. Histopathological examination of the surgical specimens obtained from the two lesions revealed central giant cell granuloma. Three months after the initial operation, recurrence of the lesion was occurred in case 2. Therefore, special care should be taken at the time of surgery to prevent recurrence of the lesion. Additionally, the patient should be evaluated periodically (clinically and radiographically).

Key Words: Giant cell tumors, jaw abnormalities, curettage

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2009;15(1):64-8

Çenelerin dev hücreli granüolmaları, periferik dev hücreli granülom (PDHG) ve santral dev hücreli granülom (SDHG) olarak iki formda oluşurlar.¹⁻⁵ PDHG diş eti ve alveoler mukoza üzerinde, SDHG ise kemikte gelişir. Sıklıkla şişlik şikâyeti ile doktora başvurulur. Santral tipteki lezyonlar korteksi geçip, yumuşak dokuya yayılarak malign bir tümör görüntüsü verebilir.⁵ Her iki lezyon da kadınlarda erkeklerden daha çok ve mandibulada daha sık gözlenir.^{1,2,4} Etiyolojik olarak hormonal, travmatik veya neoplas-

tik orijinli oldukları ileri sürülmektedir. SDHG bütün benign çene lezyonlarının %7'den daha az bir kısmını oluşturan, nadir rastlanır bir patolojidir.⁶ Çoğu SDHG benign olmasına rağmen bazıları agresif karakter gösterebilmektedir.⁶ Genellikle alt çenede ve 1. molar dişlerin önünde oluşur ve sıklıkla orta hattı geçerler.^{1,4}

SDHG histopatolojik olarak gevşek bağ doku içerisine serpilmış çoğalan fibroblastlar ve küçük kapillarlardan oluşur.¹ Çok çekirdekli dev hücreler bağ dokusunun her tarafında görülür, ancak sayıları azdır.^{1,4}

SDHG tedavisi yakın zamanlara kadar küretaj veya rezeksiyon olmuştur.^{4,5} Fakat tedavi sonrası nüks oranının %11-49 arasında değiştiği açıklanmıştır.^{5,6} Halen çoğu merkezde de uygulanan klasik tedavi, küretaj ve greftleme ile bölgenin rekonstrüksiyonudur.⁵ Ancak lokal agresif SDHG'da tedavi seçeneği olarak enblok rezeksiyon önerilir.² Bu tip lezyonlarda radyoterapi, günlük sistemik dozlarda kalsitonin, interferon-alfa uygulaması ve intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu gibi cerrahi olmayan tedavi teknikleri de önerilir.² Son yıllarda yapılan çalışmalarda kalsitonin ile tedavinin başarılı olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁷

Bu çalışmada biri üst çene, diğeri alt çene anterior bölgede görülen iki SDHG olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMULARI

OLGU 1

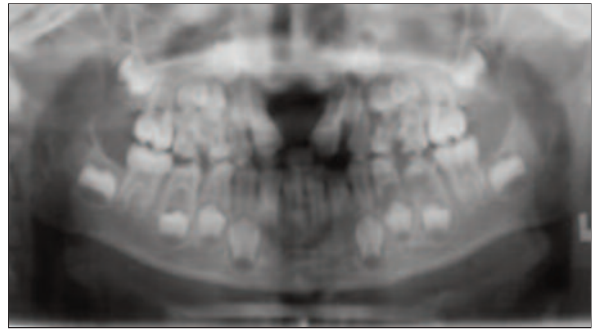
Beş yaşındaki kız hasta üst çene anterior bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan tıbbi anamnezinde sistemik olarak herhangi bir rahatsızlığı olmadığı öğrenildi. Yapılan intraoral muayenede ilgili bölgede şişlik ve daimi santral dişler arasında geniş bir diastema olduğu görüldü (Resim 1).

Dişlere yapılan vitalite testi sonucu dişlerin vital olduğu saptandı. Alınan panoramik ve periapikal radyograflar sonucunda üst çene orta hatta santral dişlerin arasında uniloküler radyolusent bir alan ve ilgili dişlerde migrasyon görüldü (Resim 2).

Hasta genel anestezi altında opere edildi. Cerrahi disiplinler altında üst çene santral dişlerin kök uçlarından başlayarak sağ posterior bölgeye doğru uzanan lezyon enükle edildi ve histopatolojik tetki-



RESİM 1: Olgu 1'in preoperatif ağız içi görünümü.

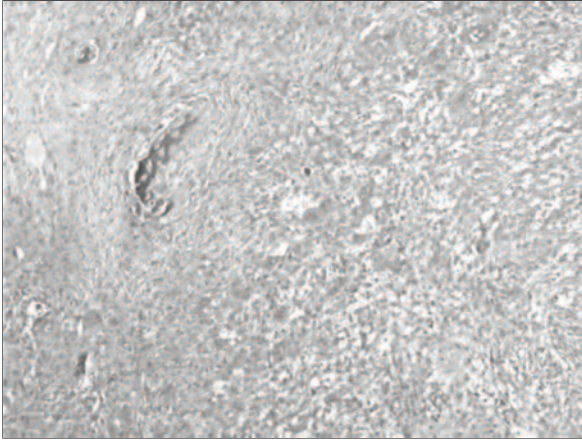


RESİM 2: Olgu 1'in preoperatif panoramik görüntüsü.

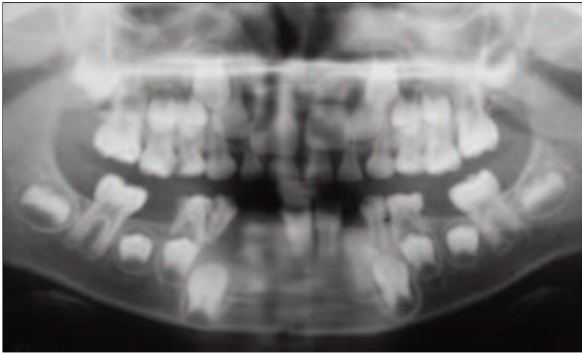
ke gönderildi. Histopatolojik olarak fibrohistiositik stromal hücreler ve osteoklast tipi multinükleer dev hücrelerden oluşan proliferatif lezyon gözlemlendi (Resim 3). Klinik, radyolojik ve histopatolojik incelemeler sonucunda olguya SDHG teşhisi konuldu. Hastanın klinik ve radyolojik olarak yapılan birinci, üçüncü, altıncı ay ve birinci yıl kontrollerinde herhangi bir probleme rastlanmadı. Postoperatif takibi devam etmektedir (hastanın ebeveyninden bilgilendirilmiş olur alınmıştır).

OLGU 2

Yedi yaşındaki erkek hasta alt çene anterior bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan tıbbi anamnezinde sistemik olarak herhangi bir rahatsızlığı olmadığı öğrenildi. Yapılan intraoral muayenede ilgili bölgede ödem izlendi. Alınan panoramik ve periapikal radyograflar sonucunda alt çene kesici dişleri içine alan uniloküler radyolusent bir lezyon ve ilgili dişlerde migrasyon görüldü (Resim 4). Genel anestezi altında alt çene sağ sant-



RESİM 3: Reaktif kemik, fibrohistiyoitik hücreler ve osteoklast tipi multinükleer dev hücreler.



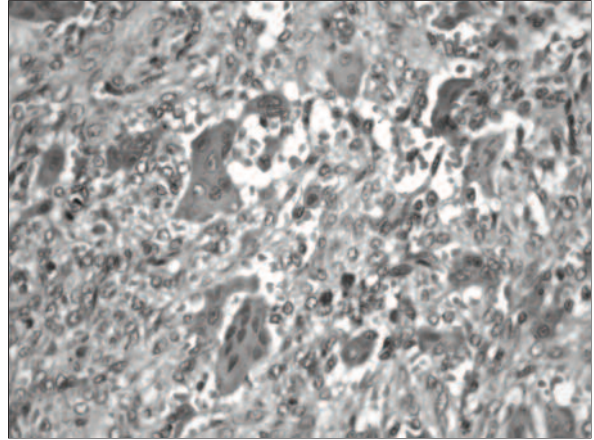
RESİM 4: Olgu 2'nin preoperatif panoramik görüntüsü.

ral diş çekilerek lezyon enükle edildi ve kemik yüzey frezlendi. Cerrahi sırasında sağ lateral, kanin ve sol santral diş germeleri ağızda bırakıldı. Lezyon histopatolojik tetkike gönderildi. Akantotik çok katlı yassı epitel ile örtülü doku örneklerinde epitel altında artmış fibroblastik bir stromada dev hücre formasyonları ile karakterize lezyon gözlemlendi (Resim 5). Klinik, radyolojik ve histopatolojik tetkikler sonucunda olguya SDHG teşhisi konuldu. Hastanın üçüncü aydaki kontrolünde ilgili bölgede tekrar şişlik oluştuğu ve lezyonun nüks ettiği gözlemlendi. Hasta genel anestezi altında tekrar opere edilerek sağ alt lateral, kanin ve sol alt santral dişleri çekildi. Estetik ve fonksiyon amacıyla hastaya parsiyel protez yapıldı (Resim 6). Hastanın ikinci operasyonundan sonra yapılan birinci, üçüncü, altıncı ay ve birinci yıl kontrollerinde herhangi bir

probleme rastlanmadı. Postoperatif takibi devam etmektedir (hastanın ebeveyninden bilgilendirilmiş olur alınmıştır).

TARTIŞMA

SDHG'un ayırıcı tanısında maksilla ve mandibulayı tutan benign lezyonlar ve malign tümörler akıldan tutulmalıdır.^{1,6} SDHG'un radyolojik görünümü spesifik olmayıp, çenede görülebilen brown tümör, fibröz displazi, anevrizmal kemik kisti veya diğer fibroosseöz lezyonlarla karışabilmektedir.⁶ Bu nedenle, çok geniş histopatolojik spektrum gösteren bu lezyonların SDHG ile olan ayırıcı tanıları sadece radyolojik görünümünden yola çıkarak yapmak genellikle mümkün olmaz. Biyokimyasal değerler, klinik bulgular, lenfadenopati varlığı, çene bölgesi



RESİM 5: Genç fibroblastlar, kapiller damarlar ve arada multinükleer dev hücreler (HE, x40).



RESİM 6: Olgu 2'nin postoperatif protezli görüntüsü.

haricinde lezyonların bulunması ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken önemli kriterlerdir.⁶ Bu lezyonlar benzer histolojik özelliklere sahip olmakla birlikte, klinik davranışları oldukça farklıdır.

Dev hücreli lezyonlar yavaş büyüyen asemptomatik radyolüsent lezyonlardan, hızlı genişleyen agresif yapıda, ağrı ve kök rezorpsiyonu ile karakterize, yüksek nüks potansiyeli olan lezyonlara kadar geniş bir yelpazede dağılım gösterir.¹ SDHG'da rekürrens çok fazla görülmemekle birlikte, erkek çocuklarda ve genç erkeklerde rekürrens oranının daha fazla olduğu gözlenmiştir.⁸ Bu çalışmada da olgu 2'de ilk operasyondan üç ay sonra nüks gözlenmiş ve ikinci bir operasyona gerek duyulmuştur.

SDHG oluşum nedenleri tam olarak açıklanamamakla birlikte, travma (diş çekimi, protez irritasyonu), intraosseöz kanama ve hatalı kemik oluşumunun etkili olduğu, bazı araştırmacılar tarafından da odontojenik kökenli olabileceği belirtilmektedir.^{1,8,9} Bizim hastalarımızın hikâyesinde travmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda dev hücreli lezyonların maksillaya oranla mandibulada daha sık bulunduğu ve molar bölgeden orta hatta doğru yayılım gösterdiği görülmüştür. Waldron ve Shafer'e ait bir çalışmada SDHG'ların çenede daha çok kanin ve premolar dişleri içeren anterior bölgede yerleştiği ve %21 olguda lezyonların orta hattı geçtiği belirtilmiştir. Bu çalışmadaki olgularda lezyonlar anterior bölgeden ve orta hattan başlamıştır.⁶

Or ve Yücetaş SDHG'ların 30 yaş üzerinde görülebileceğini rapor etmişlerdir.¹⁰ Seksen olgunun değerlendirildiği başka bir çalışmada, lezyonların %60'ı 30 yaş altındaki hastalarda saptanmıştır.¹¹ Bizim hastalarımızın her ikisi de 10 yaşın altındadır.

Literatürde SDHG'un önemli bir radyolojik özelliğinin de diş köklerindeki yer değişimi olduğu belirtilmiştir. Diş kökü rezorpsiyonunun daha az sıklıkta izlendiği, çünkü rezorpsiyonun uzun zaman aldığı açıklanmıştır.⁶ Bu çalışmadaki iki olgu-

da da lezyon diş köklerinde yer değişimine neden olmuştur, ancak köklerde rezorpsiyon görülmemiştir.

SDHG'un tipik bir radyolojik görünümü yoktur. Kemik içinde multiloküler radyolüsent alan ya da kortikal kemiğin ekspansiyonu olması, yumurta kabuğu şeklinde incelenmesi izlenebilir. Bu görünüm çenenin birçok kemik lezyonunda bulunabilir. Panoramik mandibula grafisinde genellikle iki tip görünüm saptanır. Birinde homojen, osteolitik, monoloküler görünüm vardır, kemik trabekülleri görülmez. Diğerinde ise lezyon multipl osteolitik alanlar şeklindedir ve tümör içinde kemik trabekülleri görülür. Bu görünümle ameloblastoma, odontojenik miksom, anevrizmal kemik kisti ve hemanjiyomada da görülebilir.⁵ Erken dönemdeki lezyonlar küçük ve uniloküler iken, büyük lezyonlar septasyonlar gösterir.⁶ Bizim olgularımızda lezyonlar uniloküler radyolüsent görünümdeydi. Konvansiyonel radyografide, SDHG'un genelde radyolüsent izlendiği açıklanmıştır.⁶ Bir çalışmada lezyonların %87.5'i radyolüsent, %2.5'i radyopak ve geri kalanı karışık opasitede değerlendirilmiştir.⁶ Bizim çalışmamızdaki her iki olguda da lezyonlar radyolüsent olarak izlendi.

SONUÇ

SDHG için genelde uygulanan tedavi küretaj ve greftleme ile bölgenin rekonstrüksiyonudur. Enblok rezeksiyon da önerilen tedavi seçeneklerinden biridir. Bu çalışmada lezyonlar enükle edilmiştir. Dev hücreli granülomalarda lezyonun tam olarak enükle edilmesi halinde nüks görülmeyeceği görüşüne rağmen, olgu 2'de daha konservatif yaklaşma ve daimi dişleri mümkün olduğu kadar koruma istemizden dolayı nüks gözlenmiş ve hasta tekrar opere edilerek lezyonun içerdiği dişler çekilmiştir. Bu nedenle SDHG'larda nüks olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda hastanın yakının takibi ve kontrolü önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Aral İL, Şimşek MB, Öztürk M, Yılmaz D. Santral dev hücreli granulom (vaka raporu). *Cum Üni Diş Hek Fak Der* 1998;1(2):136-7.
2. Rawashdeh MA, Bataineh AB, Al-Khateeb T. Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:60-6.
3. Aköz T, Erdoğan B, Görgü M, Altıntaş H, Kapucu MR, Kutlay R. Destruktif seyirli dev hücreli granülomlar. *K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1996;4(2):173-7.
4. Gökler A, Türkoğlu G, Taşkoparan G. Santral dev hücreli granüloma. *K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1994;2(1):51-3.
5. Abdo EN, Alves LCF, Rodrigues AS, Mesquita RA, Gomez RS. Treatment of a central giant cell granuloma with intralesional corticosteroid. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43(1): 74-6.
6. Sığırcı A, Kutlu R, Baysal T, Saraç K. Santral dev hücreli granülo: konvansiyonel radyografi ve BT bulgular. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 2000;6(3):369-72.
7. de Lange J, Veldhuijzen GO, Engelshove HA, van den Berg H, et al. Calcitonin therapy in central giant cell granuloma of the jaw: a randomized double-blind placebo-controlled study *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35(9):791-5.
8. Edwards PC, Fantasia JE, Saini T, Rosenberg TJ, Sachs SA, Ruggiero S. Clinically aggressive central giant cell granulomas in two patients with neurofibromatosis 1. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;102(6):765-72.
9. Dimitakopoulos I, Lazaridis N, Sakellarios P, Asimaki A. Giant-Cell granuloma in the temporal bone: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:531-6.
10. Or S, Yücetaş Ş. A Clinical and Histopathological Evaluation of Giant Cell Granulomas of the Jaws. *Asian J Oral Surg* 1993;5:7-11.
11. 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 Oral Radiol Endod* 1996;81(6):720-6.