

Dev Hücreli Granülom (5 Vaka)

GIANT CELL GRANULOMA (5 CASES)

İlkay ÇELİK*, Gülten USALAN*, Zühre ZAFERSONY*, Ceyda KOCABAY**

* Dt., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji BD,

**Dt., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, ANKARA

Özet

Amaç: Bu makalenin amacı 4 periferel ve 1 santral dev hücreli granülom vakasının incelenmesidir. Periferel dev hücreli granüloma gingivada lokalize, reaktif epulis benzeri bir lezyon; santral dev hücreli granüloma ise çene kemiklerinde lokalize, etyolojisi tam olarak bilinmeyen bir lezyondur.

Vaka Raporu: Tüm periferel dev hücreli granümler, orta yaşlı bayan hastalarda görülmüştür. Lezyonlar anterior gingivada lokalize olup, lezyonla ilişkili dişlerde mobilite vardı. Santral dev hücreli granüloma, 17 yaşındaki bir erkek hastada mandibula ön bölgesinde lokalize idi.

Sonuç: Tüm periferel dev hücreli granülom lezyonları tabanlarını içine alacak şekilde eksize edildi ve lezyonla ilişkili olan mobil dişler çekildi. Santral dev hücreli granülom da lokal anestezi altında eksize edildi.

Anahtar Kelimeler: Periferel ve santral dev hücreli granülom

T Klin Diş Hek Bil 2003, 9:98-103

Summary

Aim: The aim of this article is to discuss 4 peripheral and 1 central giant cell granuloma cases. The peripheral giant cell granuloma is a reactive epulis-like growth on the gingiva, on the other hand the central giant cell granuloma is a lesion localized at the jaws and its etiology is unknown.

Case Report: All of the peripheral giant cell granuloma lesions were seen in healthy middle aged women. The lesions were localised at the anterior gingiva and the teeth associated with the lesions were mobile. The central giant cell granuloma was localized at the anterior region of the mandibula of a 17 year old male patient.

Conclusion: All of the peripheral giant cell granulomas were excised including the base of the lesion and the affected teeth were extracted. The central giant cell granuloma was excised under local anesthesia.

Key Words: Peripheral and central giant cell granuloma

T Klin J Dental Sci 2003, 9:98-103

Dev hücreli granümler, ağız kavitesi içinde sıklıkla periferel polipoid kitle halinde gelişen, bazen ise kemik içinde santral yerleşimli olabilen lezyonlardır (1).

Dev hücreli granüloma, gençlerde ve erişkin bireylerde sık görülür. Kadınlarda ve mandibulada daha çok rastlanır. Natürü tam belli olmayan bir lezyondur. Eskiden lezyonun tümör olmadığı ve bu nedenle reperatif bir lezyon olduğu düşünülüyordu. Ancak, bazılarının tümör gibi davranması, reperatif bir lezyon olmadığını göstermektedir. Bazı lezyonlar asemptomatik olabilir. Çoğunda çenelerde genişleme, ağrı, kortekste perforasyon ve parestezi gibi bulgular izlenir. Mukozalarda ülserasyon oluşturabilir (1).

Periferel dev hücreli granülom, ağız mukozasında oldukça sık olarak görülen, tümör benzeri kitle oluşturan lezyonlardır. Gerçek bir tümörden çok, anormal tamir sonucu oluşan reaktif, patolojik hiperplazik bir lezyondur (1). Dev hücreli epulis ya da myeloid epulis olarak da bilinir (2).

Lezyon, yapışık dişetinde ve kemik yıkımının olmadığı alveoler mukozada meydana gelir(3). Dişeti ve dişsiz çenelerde alveoler çıkıntı üzerinde oluşan lezyon saplı veya geniş tabanlı olabilir. Yüzeyi mor-kırmızı renkte mukozaya ile örtülüdür ve ülser olabilir. Birlikte olduğu dişlerde yer değişimine ve sallanmaya sebep olabilir. Dişsiz alveollerde ise altındaki kemik dokusunda kavite tarzında çöküntü görülebilir (1). Orijinini genellikle

le periodontal ligament veya mukoperioste-umdan alır (4-6).

Dişetindeki reaktif fokal büyüme, sıklıkla oral kavitedeki irritasyon faktörlerinin, gingival ataşmanın anatomisiyle birleşmesi sonucu oluşur. Periferik dev hücreli granülom, sadece gingival mukozada görülür, gingival alanlar dışında rastlanmamıştır.(5,6) Periferik dev hücreli granülom, çoğu zaman asemptomatiktir. Bazen alveoler kemikte rezorpsiyona neden olabilir (7).

Santral dev hücreli granülom ise çene kemiklerinde sık rastlanmayan, benign lezyonlar içinde %7'den daha az sıklıkla görülen ve natürü tam belli olmayan bir lezyondur. Bu lezyonlar asemptomatik olabilir. Ancak çoğunda çenelerde genişleme, ağrı, kortekte perforasyon ve parestezi gibi bulgular izlenir. Mukozalarda ülserasyon oluşturabilir (1,8).

Santral dev hücreli granülomun agresiv olan ve agresiv olmayan tipleri vardır. Agresiv olanlarda korteks erozyonu, dişlerde rezorbsiyon, ağrı, hızlı büyüme ve sık nüks görülür. Radyolojik olarak uniloküler veya multiloküler radyolüsent defekt halindedir. Etrafında sklerotik bant yoktur (1).

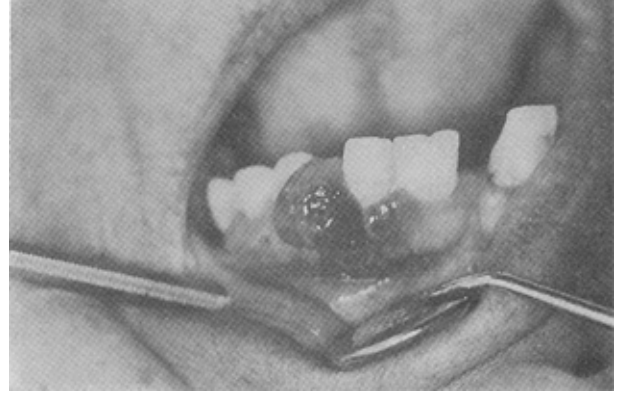
Dev hücreli granümlerin histopatolojisinde, osteoklast tipi multinükleer dev hücreler ile oval-yuvarlak nükleuslu, geniş sitoplazmalı stromal hücrelerin bulunuşu sitolojik tanı için önemli bulgulardır (1).

Bu makalede, 4 periferik, 1 santral dev hücreli granülom vakası incelenmiştir.

Vaka (1)

53 yaşındaki kadın hasta (D.A.), sağ alt ön dişler bölgesindeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Sistemik yönden sağlıklı olan hastadan alınan anamnezde 15 gündür şişlik olduğu ve hastanın 1 haftadır diş hekimi tarafından verilen ampisilin (Silina) grubu bir antibiyotikle antiinflamatuvar kullandığı anlaşıldı. Hasta, ilaçları kullandıktan sonra lezyonun biraz küçüldüğünü belirtti.

İntraoral muayenede 42,43 nolu dişler arasında vestibül dişetinde yaklaşık 1.5 cm çapında, diş-



Resim 1.

lerin kesici yüzeylerine kadar uzanan, üzeri kırmızı şişlikle beraber 42 ve 43 nolu dişlerde yer değiştirme ve lüksasyon olduğu izlendi. (Resim 1) Hastanın ağız hijyeni yetersizdi.

Radyografik incelemede 42 nolu dişte vertikal yönde şiddetli kemik yıkımı görülmekteydi.

Bulgular göz önüne alınarak hasta periferik dev hücreli granülom ön tanısı ile cerrahi kliniğine sevk edildi. Lokal anestezi altında 42 nolu diş çekilerek lezyon, eksizyonel biyopsi ile çıkarıldı.

Histopatolojik incelemede lezyonun mikroskobisinde fibroblastik zemin üzerinde çok sayıda osteoklastik dev hücre, mikro kanamalar ve bir iki alanda hemosiderin pigment birikimi ile histopatolojik tanının da periferik dev hücreli granülom olduğu belirlendi.

Vaka (2)

49 yaşındaki kadın hasta (F.Ç.), üst ön bölgedeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Sistemik yönden sağlıklı olan hastadan alınan anamnezde lezyonun ağrısız olduğu, fırçalarken kanadığı ve 7 aydır bulunduğu öğrenildi. Hastanın ağız hijyeni yetersizdi.

İntraoral muayenede 11, 12 nolu dişler bölgesinde dişetinde sert yüzeyle, üzeri kırmızı şişlik ile 11, 12 nolu dişlerde yer değiştirme olduğu görüldü (Resim 2).

Radyografik incelemede 11 nolu dişte vertikal yönde kemik yıkımı izlenmekteydi.

Hasta periferik dev hücreli granülom ön tanısı ile cerrahi kliniğine sevk edildi.

Lokal anestezi altında 11 nolu diş çekilerek lezyon, eksize edildi. Lezyonun mikroskopisinde geniş veziküler nükleuslu fibrohistiyositik görünümde hücrelerin oluşturduğu zemin üzerinde yaygın dağılım gösteren çok çekirdekli dev hücreler ile bağ doku derinliklerine kadar uzanan odaksal plazma hücrelerinde zengin inflamatuvar infiltrasyon izlendi. Böylece lezyonun histopatolojik tanısının periferik dev hücreli granülom olduğu anlaşıldı.

Vaka (3)

34 yaşındaki kadın hasta (H.Ç.) alt ön dişlerin hem vestibül hem de lingual dişeti bölgelerindeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Sistemik yönden sağlıklı olan hastadan alınan anamnezde, lezyonun ağrısız olduğu, 20-25 gün önce meydana geldiği, kendi kendine ve yemek yerken kanadığı öğrenildi.

İntraoral muayenede 41,42 nolu dişler bölgesinde vestibülde yaklaşık 0.5 cm çapında, lingualde ise yaklaşık 1 cm çapında yüzeyi kırmızı şişlik ile dişlerde yer değişime ve lüksasyon olduğu gözlemlendi. (Resim 3,4)

Radyografik incelemede 31,41,42 nolu dişlerde vertikal kemik yıkımı görüldü. Lezyonun periferik dev hücreli granülom olduğu düşünülerek cerrahi kliniğine sevk edildi.

Lokal anestezi altında 31,41,42 nolu dişler çekilerek lezyon, eksize edildi.

Lezyonun mikroskopisinde geniş veziküler nükleuslu fibrohistiyositik görünümdeki hücrelerden oluşan zemin üzerinde yaygın dağılım gösteren çok çekirdekli dev hücreler ve lezyon içinde eski ve yeni kanama alanları olduğu ve dev hücrelerin bu alanlarda yoğunlaştığı izlendi. Histopatolojik tanı, periferik dev hücreli granülom olarak belirlendi.

Vaka (4)

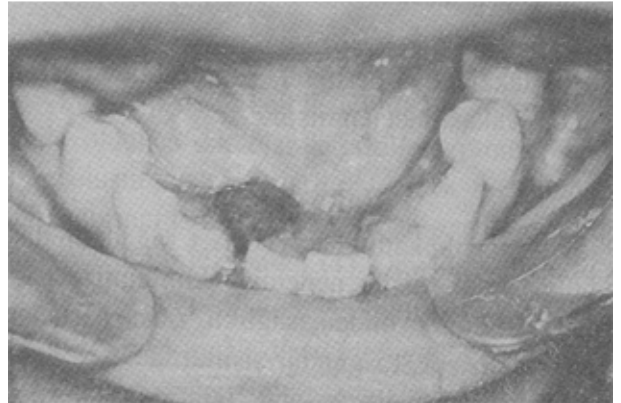
53 yaşındaki kadın hasta (R.Y), üst ön bölgedeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Sistemik yönden sağlıklı olan hastadan alınan anamnezde lezyonun ağrısız olduğu ve yaklaşık 1 ay önce meydana geldiği anlaşıldı.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.

İntraoral muayenede 11,21 nolu dişler bölgesinde vestibülde yaklaşık 2 cm çapında sert, mormusu bir lezyon olduğu gözlemlendi (Resim 5).

Radyografik incelemede dişsiz bölgede alveoler kemikte radyolüsent alanlar görüldü. Hasta, periferik dev hücreli granülom ön tanısı ile cerrahi kliniğine gönderildi.

Eksize edilen lezyonun mikroskopisinde fibrohistiyositik zemin üzerinde osteoklast tipi çok çekirdekli dev hücreler ile karakterli, diffüz eski ve yeni kanama alanları olan lezyon içinde yer yer belirgin osteoblastik çevrelenme gösteren osteoid yapıların varlığı tespit edildi.

Lezyonun histopatolojik tanısının da periferik dev hücreli granülom olduğu anlaşıldı.

Vaka (5)

17 yaşındaki erkek hasta (E. H.), alt yirmi yaş dişlerini çektirmek için 1 ay önce bir hastaneye gittiğini ve çekilen panoramik radyografide alt çene ön bölgede kistik bir yapı tespit edildiğini belirterek kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde hastaya 100 mg majezik ve 1000 mg biomat verilerek 42,43,44 nolu dişlerine kanal tedavisine başlandı ve üniversite hastanesine gitmesi için yönlendirildiği öğrenildi.

Radyografik değerlendirmede, panoramik radyografide 31,32,41,42,43,44 nolu dişler bölgesinde yaklaşık 1.5-2 cm büyüklüğünde uniloküler radyolüsent bir alan olduğu görüldü (Resim 6).

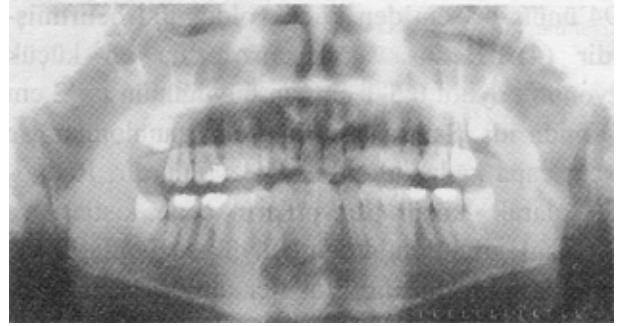
İntraoral muayenede gingival mukoza normaldi; yapılan vitalite testinde 31,32,41 nolu dişlerin vital olduğu anlaşıldı.

Klinik ve radyografik değerlendirmeler gözönüne alınarak hasta, santral dev hücreli granülom ön tanısı ile cerrahi kliniğine gönderildi. Lezyon, lokal anestezi altında eksizyonel biyopsi ile çıkartılarak histopatolojik inceleme yapıldı.

Histopatolojik incelemede lezyonun iğsi şekilde yer yer histiyositlerin eşlik ettiği fibrohistiyositik hücrelerden oluşan zemin üzerinde çok çekirdekli osteoklast tipi dev hücreler bulundu. Aynı zamanda lezyon içinde ve periferinde yaygın serbest kanama alanları ve osteoid yapılarla mikst tipte inflamatuvar hücre infiltrasyonu görüldü ve lezyonun santral dev hücreli granülom olduğu anlaşıldı.



Resim 5.



Resim 6.

Tartışma

Bu makalede 4 periferik ve 1 santral dev hücreli granülom vakası incelenmiştir. Periferik dev hücreli granülomların incelendiği bir çalışmada (9) ve santral dev hücreli granülomların incelendiği başka bir çalışmada (10) lezyonların kadınlarda ve mandibula ön bölgesinde daha sık görüldüğü belirlenmiştir. İncelediğimiz vakalarda da benzer şekilde genellikle kadınların ve çenelerin ön bölgelerinin etkilendiği izlenmiştir.

Periferik dev hücreli granülom, yumuşak doku orijinli olması nedeniyle radyografik bulguların dikkate değer olmadığı belirtilmektedir (11). Ancak, bazı vakalarda irritasyon faktörlerine bağlı olarak radyografik bulgular önemli olabilir. İncelediğimiz periferik dev hücreli granülom vakalarında lezyonların etkilendiği bölgelerdeki dişlerde ve alveol kemiğinde radyografide kemik yıkımları olduğu gözlenmiştir (9). Bunun nedeni,

lokal irritasyon faktörlerine bağlanabilir. Öte yandan, santral dev hücreli granülom vakalarında ise radyografi, önemli bir diagnostik yöntemdir (11,12). Çünkü lezyonların radyografik görüntüsü, sınırları belirgin veya belirsiz uniloküler veya multiloküler radyolusent alanlar şeklindedir (13). İncelemiş olduğumuz santral dev hücreli granülom vakasında lezyon, radyografide mandibula ön bölgesinde sınırları belirgin uniloküler radyolusent alan şeklinde görülmektedir.

Günümüzde periferik dev hücreli granülomun maksimum genişleme kapasitesi bilinmemekle birlikte, Kfir ve arkadaşları lezyonların 0.1 cm'den 3 cm'ye kadar genişleyebileceğini ve lezyonların %94'ünün 1.5 cm'den küçük olduğunu belirtmişlerdir (4). Bizim vakalarımızda da en küçük lezyonun boyutu 0.5-1 cm, en büyüğünün ise 2 cm civarında idi. Santral dev hücreli granülomlar ise 10 cm çapa kadar ulaşabilen lezyonlardır. Radyolojik olarak, küçük lezyonların çene kistleri ve periapikal granülomlardan, büyük lezyonların ise ameloblastom gibi multiloküler tümörlerden ayrılması güç olabilir (1). Bizim incelediğimiz vakada ise lezyon, yaklaşık 2 cm civarında idi.

Periferik dev hücreli granülomun bulunduğu bölgedeki dişlerde mobilite ve/veya yer değiştirmeye neden olabileceği bildirilmektedir (14). Burada da 1.,2. ve 3. Vakalarda lezyonlarla ilişkili dişlerde yer değiştirme ve lüksasyon olduğu saptanmıştır. Santral lezyonların ise agresiv tiplerinde kortikal kemikte ekspansiyon görülürken, agresiv olmayan tiplerinde vakalar genellikle asemptomatiktir; kortikal kemik perforasyonu ve dişlerde rezorpsiyon görülmez (15). Burada incelenen 5. vakada dişlerde rezorpsiyon olmaması ve kemikte ekspansiyon gözlenmemesi, lezyonun agresiv olmadığını göstermektedir.

Periferik dev hücreli granülomların etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte diş çekimi, kötü uyumlu protezler ve restorasyonlar, plak, kalkulus ve yiyecek birikimi gibi lokal irritasyon faktörleri önemli rol oynar (2,9,16). Vakaların tümünde oral hijyen seviyesi oldukça düşük olup, ilk 3 vakada lezyonların bulunduğu dişler bölgesinde oral debris, plak, kalkulus gibi lokal irritasyon faktörleri mevcuttu.

Periferik ve santral dev hücreli granülomların tedavisi, basit küretajla birlikte lokal cerrahi eksizyondur (15,17). İncelemiş olduğumuz vakalarda da lezyonlar cerrahi olarak eksize edilmiş, etkilenen dişler çekilmiş ve çevre dokular kürete edilmiştir.

Nadir olarak hiperparatiroidizmli hastalarda periferik dev hücreli granüloma benzer lezyonlar görülebilmektedir. Bu lezyonlar Brown tümör olarak adlandırılmaktadır. Ancak hiperparatiroidizmle ilgili Brown tümörler daha çok kemik içine yerleşmekte ve santral dev hücreli granüloma benzerlik göstermektedir (15). İncelediğimiz vakalardaki tüm hastaların sistemik yönden sağlıklı olduğu belirlenmiştir.

Periferik dev hücreli granülom, klinik olarak, periferik ossifiye fibroma, piyojenik granüloma, fibroma ve periferik yerleşimli odontojenik tümörler ile; santral dev hücreli granülomlar ise fibröz displazi, ossifiye fibrom, sementoossifiye fibrom, anevrizmal kemik kisti, cherubizm, hiperparatiroidizm brown tümörü ve kemiğin dev hücreli tümörleriyle karışabilmektedir (15,17).

Dev hücreli granülom lezyonları buldukları bölgedeki dişlerde yer değiştirmelere, lüksasyona, alveoler kemikte yıkımlara neden olarak bu dişlerin kaybına ve buldukları bölgedeki kortikal kemikte ekspansiyona yol açabilmektedirler. Bu nedenle lezyonlar, iyi bir teşhis ve tedavi planlaması ile mümkün olduğunca erken safhada eksize edilerek benzer lezyonlardan histopatolojik olarak ayırtedilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Günhan Ö: Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. Atlas Kitapçılık, 2001
2. Spouge JD: Localized overgrowths of the gingivae-epulides, Oral Pathology, CV Mosby Company, Saint Louis, 1973
3. Vichers RA, Gorlin RJ. Mesenchymal (soft tissue) tumors of the oral region, Thoma's oral pathology, HM Goldman 6th ed. pp, Mosby Company, 1970
4. Kfir Y, Buchner a, Hartsen LS: Reactive lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 741 cases. J Periodontol 51: 655, 1980
5. Katsikeris N, Kakarantza-Angelopoulou E, Angelepoulos AP: Peripheral giant cell granuloma: clinicopathologic study of 244 new cases and review of 956 reported cases, Int J Oral Maxillofac Surg 17: 94, 1988

6. Shafer WG, Hinc MK, Levy BM: A textbook of oral pathol. 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1983
 7. Langlais RP, Miller CS: Color Atlas of Common Oral Diseases, Philadelphia, 1992
 8. Potter BJ, Tinner BD: Central giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 75: 369, 1993
 9. Bodner L, Peist M, Gatot A, Fuss DM, Beer-Sheva: Growth potential of peripheral giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 83: 548, 1997
 10. Stavropoulos F, Katz J: Central giant cell granulomas: A systematic review of the radiographic characteristics with the addition of 20 new cases. Dentomaxillofac Radiol 31: 213, 2002
 11. Whitaker SB, Waldron CA: Central giant cell lesions of the jaws: a clinical, radiologic and histopathologic study. Oral Surg Oral Pathol Oral Med 75: 199, 1993
 12. Bodner L, Bar-Ziv J: Radiographic features of central giant cell granuloma of the jaws in children. Pediatr Radiol 26: 148, 1996
 13. Cohen MA, Hertzanu Y: Radiologic features, including those seen with computed tomography, of central giant cell granuloma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 65: 255, 1988
 14. Eronat N, Aktuğ , Giinbay T, Unal T: Peripheral giant cell granuloma: three case reports J Clin Pediatr Dent 24: 245, 2000
 15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral & Maxillofacial Pathology, WB Saunders Company, USA, 1995
 16. Nedir R, Lombardi T, Samson J: Recurrent peripheral giant cell granuloma associated. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 83: 381, 1997
 17. Roberson JB, Crocker DJ, Schiller T: The diagnosis and treatment of central giant cell granuloma. JADA 128: 81, 1997
-
- Geliş Tarihi:** 08.07.2003
- Yazışma Adresi:** Dr. İlkay ÇELİK
Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Oral Diagnoz ve Radyoloji BD
8. Cad., 06510, Emek, ANKARA
dtilkay@hotmail.com