

Çocuklarda Görülen Maksillofasiyal Bölge Tümörleri: Retrospektif Analiz ve Uzun Süreli Takip Sonuçları

MAXILLOFACIAL TUMOURS IN CHILDREN: RETROSPECTIVE ANALYSIS AND LONG-TERM FOLLOW-UP RESULTS

Rezzan TANRIKULU*, Behçet EROL**, Çağlayan ATAY***

* Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

** Prof.Dr., Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

*** Dt., Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, DİYARBAKIR

Özet

Amaç: Çalışmamızda amaç, çocukluk çağında görülen maksillofasiyal bölge tümörlerinin retrospektif analizini yapmak ve uzun süreli takip sonuçlarını incelemek olmuştur.

Hastalar ve Metod: Çalışmamız, 1985-2000 yılları arasında maksillofasiyal bölgede lokalize tümöral oluşumları nedeniyle kliniğimizde tedavi gören, 15 yaş altındaki 73 çocuk hastanın retrospektif analizi ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmamızda bu hastalara uyguladığımız tedavi yöntemleri ile uzun süreli takip sonuçları incelenmiştir.

Bulgular: Çalışma sonuçlarımıza göre tümöral oluşumların en çok 11-15 yaş grubunda ve mandibulada görüldüğü belirlenmiştir. Olguların %23,28'inin (17 olgu) odontojen, %69,86'sının (51 olgu) benign non-odontojen ve %6,84'ünün (5 olgu) malign non-odontojen tümörler olduğu belirlenmiştir. Odontojenik tümörler içerisinde mikst tümörlerin, non-odontojenik tümörler içerisinde ise mezenşimal tümörlerin en sık karşılaşılan tipler olduğu saptanmıştır. Mezenşimal tümörlerin büyük bir çoğunluğunu dev hücreli lezyonlar oluşturmuştur (27 olgu). 27 dev hücreli lezyondan altısının agresif davranışlar sergileyerek, ciddi fasiyal deformitelere neden olduğu görülmüştür.

Hemimandibulektomi, otojen kemik greftleri ve rekonstrüksiyon plağı ile tedavi edilen bir hastamız dışında tüm benign tümörlü olgularımız; cerrahi eksizyon, küretaj veya en blok rezeksiyon ile tedavi edilmişlerdir. Olgularımızın hiç birinde rekürrens ile karşılaşılmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak çocuklarda maksillofasiyal bölge tümörlerinin 11-15 yaşlarında pik insidansa sahip olduğu, olguların çok büyük çoğunluğunun non-odontojen benign tümörler olduğu (%69,86), ve tedavilerinde cerrahi eksizyon, küretaj veya en blok rezeksiyonların yeterli olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tümör, Maksillofasiyal, Çocuk

T Klin Diş Hek Bil 2001, 7:15-21

Geliş Tarihi: 29.01.2001

Yazışma Adresi: Dr.Rezzan TANRIKULU
Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi
AD 21280 DİYARBAKIR

Summary

Purpose: The aim of this study is to carry out retrospective analysis of maxillofacial tumours in children and to present the long term follow-up results.

Patients and Methods: Our study was performed with retrospective analysis of 73 child patient with maxillofacial tumour under the 15 ages which treated in our clinic 1985-2000 years. In addition, treatment modalities and long term follow-up results of these patients were evaluated.

Results: According to our results, it has been established that maxillofacial tumours were mostly observed the 11-15 age group (35 cases, %47,94) and on mandible (36 cases, % 49,31). There were 17 (% 23,28) odontogen, 51 (%69,86) benign non-odontojen and 5 (%6,84) malign non-odontojen. Mix tumours were the most common type of the odontojenic tumours and mesenchymal tumours were the most common type of the non-odontojenic tumours. Majority of the mesenchymal tumours were consist of giant cell lesions (27 cases). It has been determined that 6 of the 27 giant cell lesions were exhibited aggressive behaviour and caused severe facial deformity.

All of the patients with benign tumours were treated with surgical excision, curettage or en block resection except one which was treated with hemimandibulectomy and mandibular reconstruction with otojen bone grafts and reconstruction plate. Recurrence was not noted in any of the mentioned cases on follow-up period.

Conclusions: In conclusion, it was found that maxillofacial tumours in children had been peak incidence at the 11-15 age group. Most of the cases were benign non-odontogen (69,86%) and it has been satisfied that surgical excision, curettage or en block resections were adequate for treatment of these tumours.

Key Words: Tumour, Maxillofacial, Child

T Klin J Dental Sci 2001, 7:15-21

Tümör, kısa anlamıyla dokulardaki anormal büyüme olarak tanımlanır ve tümöral oluşumlar biyolojik davranışlarına göre iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olmak üzere iki ana başlık altında incelenirler.

Maksillofasiyal bölge tümörleri ile ilgili olarak pek çok retrospektif çalışma mevcuttur (1-5). Çocukluk çağı tümörlerine seyrek olarak rastlanmamakla birlikte, bu tümörlerin retrospektif analizleri, demografik dağılımları, histopatolojik spektrumları ile tedavi ve takip sonuçlarının değerlendirildiği az sayıda çalışmanın yapılmış olduğu görülmektedir (6-8).

Çalışmamızda, çocuklarda görülen çene-yüz bölgesi odontojen ve non-odontojen tümörlerin yaş, cinsiyet, biyolojik davranış, histopatolojik spektrum ve lokalizasyonlara göre dağılımlarının incelenmesinin yanında, tedavi yöntemleri ve uzun süreli takip sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hastalar ve Metod

Çalışmamız, 1985-2000 yılları arasında kliniğimize başvuran 15 yaş altındaki hastalardan, sağlıklı dosya verileri mevcut olan ve yapılan radyografik ve klinik incelemeler sonucunda odontojen ve non-odontojen tümör tanısı konularak gerekli tedavisi yapılan 73 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada, taramalarımız sırasında saptanmış olduğumuz toplam 69 odontojenik ve periferik dev hücreli granüloma reaktif hiperplaziler grubunda değerlendirildiği için kapsam dışında tutulmuş ve yalnızca neoplastik oluşumlar değerlendirmeye alınmıştır.

Tümöral oluşumlar; odontojen, benign-non-odontojen ve malign-nonodontojen tümörler olmak üzere 3 ana başlık altında değerlendirilmiştir. Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımlarının yanında histopatolojik spektrumun lokalizasyona göre dağılımları incelenmiştir. Bunlara ek olarak odontojen ve non-odontojen tümörlerin alt gruplarının (epitelial, mezenşimal ve mikst, fibroöz lezyonlar, vasküler neoplazmlar ve nörojenik tümörler) lokalizasyonlara göre dağılımları da analiz edilmiştir.

Ayrıca bu hastalara uyguladığımız tedavi yöntemleri ile uzun süreli takip sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmamızda, 1985-2000 yılları arasında yaşları 0-15 arasında değişen ve çene-yüz böl-

gesinde lokalize tümöral kitlesi bulunan 73 çocuk hasta saptanmıştır.

Yaş dağılımında hastaların %15.06' sının (11 hasta) 0-5 yaş grubunda, %36.98'inin (27 hasta) 6-10 yaş grubunda ve %47.94'ünün (35 hasta) 11-15 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların cinsiyet dağılımında belirgin bir özellik görülmemiş olup, kız ve erkek hastaların hemen hemen eşit sayıda olduğu görülmüştür (36 kız, 37 erkek).

73 tümöral kitlenin 17'sinin (% 23,28) odontojen, 51'inin (%69,86) benign non-odontojen ve 5'inin (%6,84) malign non-odontojen olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tümöral kitlelerin lokalizasyonlara göre dağılımında, en sık tutulumunun mandibulada olduğu (36 hasta, % 49,31) ve bunu maksillanın takip ettiği (24 hasta, % 32,76) görülmüştür (Tablo 3).

Mevcut 17 odontojenik tümörün lokalizasyon ve görülme sıklığı incelendiğinde; en sık mikst kökenli tümörlerin görüldüğü saptanmıştır. Mandibula ve maxillada tümör görülme insidansının ise hemen hemen birbirine eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Non-odontojenik tümörlerin biyolojik davranış, histopatolojik spektrum ve lokalizasyonları ile ilgili yapmış olduğumuz değerlendirme sonuçlarına göre; bu gruptaki tümörlerin yarısından biraz fazlasının (38 hasta, %52) mezenşimal

Tablo 1. Çocukluk çağında görülen tümörlerin yaş ve cinsiyet dağılımı

Yaş	Kız	Erkek	Toplam	%
0-5	5	6	11	15.06
6-10	13	14	27	36.98
11-15	18	17	35	47.94
Toplam	36	37	73	99.98

Tablo 2. Çocuklarda görülen tümörlerin biyolojik davranış ve menşey aldığı dokuya göre dağılımı

Tümör	Sayı	%
Odontojen	17	23,28
Benign Non-odontojen	51	69,86
Malign Non-odontojen	5	6,84
Toplam	73	99.99

Tablo 3. Çocukluk çağında görülen tümörlerin lokalizasyonlara göre dağılımı

Lokalizasyon	Tümör Sayısı	%
Mandibula	36	49,31
Maksilla	24	32,76
Oral Mukoza	6	8,21
Dil	2	2,73
SubMand. Bölge	1	1,36
Yaygın	4	5,47
Toplam	73	99,9

kökenli tümörler olduğu, bu oranın büyük bir kısmının ise dev hücreli neoplazmlardan (27 olgu) oluştuğu görülmüştür (Tablo 5).

Çalışma kapsamına almış olduğumuz hastalarda saptanmış olan malign non-odontojenik tümörlerin ise Burkitt lenfoma (2 olgu), round cell sarkoma (2 olgu) ve embriyonel rabdomyosarkoma olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tedavi Yöntemleri ve Takip Sonuçları

Tümöral kitleli 73 çocuk hastanın büyük bir

Tablo 4. Odontojenik tümörlerin lokalizasyonlara göre dağılımı

TÜMÖR	LOKALİZASYON			
	Mandibula	Maksilla	Toplam	
Epitel.	2	Ameloblastoma	-	2
	%2.7			
Mezanşimal	7	Santral Od. Fib.	1	3
	% 9.5	Sementify. Fib.	3	4
Mikst	8	Odontoma	3	6
	% 10.9	Amelo. Fib.	2	2
	% 23.2	TOPLAM	9	17

Tablo 5. Non-odontojenik tümörlerin biyolojik davranışlarına ve lokalizasyonlarına göre dağılımları

TÜMÖR	LOKALİZASYON						
	Mand.	Maks.	Oral Mu.	Dil	Sub. Man.	Yaygın	Top
Epiteliyal	5	Verruco Vulg.	-	4	1	-	5
	% 6.8	Fibromatozis	-	1	-	1	2
		Fibroma	4	1	-	-	5
	38	CGCRG	17	6	-	-	23
	% 52	GC Kem. Tüm.	1	3	-	-	4
		Osteoma	2	-	-	-	2
		Konj. Epulis	1	1	-	-	2
	4	Ossifying Fib.	1	-	-	-	1
	% 5.4	Fibröz Displazi	1	1	-	-	2
		Cheribusim	-	-	-	1	1
	2	Hemangioma	-	1	-	-	1
	% 2.7	Lenfangioma	-	-	1	-	1
Nörojenik		Nöroek. Tümör	-	1	-	-	1
Malign							
R.E.S	2	Burkit Lenfoma	-	-	-	2	2
	% 2.7	Em.Rab.M.Sar.	-	-	-	1	1
	3	Round C. Sar.	-	2	-	-	2
	% 4.1						
	% 76.1	TOPLAM	27	16	5	2	56

çoğunluğu cerrahi eksizyon, en blok rezeksiyon ve küretaj ile tedavi edilmiştir. Ancak bazı hastalarda lezyonun klinik davranışı, yaygınlığı ve diğer tedavi kriterleri dikkate alınarak spesifik tedavi yöntemleri uygulanmıştır.

27 dev hücreli lezyon olgusunun birinde sol mandibulanın tamamında tutulum gözlenmiş ve hemimandibulektomiye takiben iliak kemik grefti, kostokondral greft ve rekonstrüksiyon plağı ile mandibula rekonstrükte edilmiştir. Bu hastamızın iki yıllık takibi sonucunda nüks gözlenmemiştir. Bunun dışında 2'si mandibula ve 3'ü maksillada olmak üzere toplam 5 hastada dev hücreli lezyonların agresif davranış sergileyerek kortikal kemikte destrüksiyonlar yaptığı ve fasiyal deformitelere neden olan oldukça büyük boyutlara ulaştığı saptanmış olup, bu hastalar cerrahi küretaj ve en blok rezeksiyon ile tedavi edilmiştir. Hastalarımızda takip periyodumuz 3 ay ile 14 yıl arasında değişmektedir. 14 yıllık olgumuzda dahil olmak üzere agresif davranışlar sergileyen dev hücreli olgularımızda rekürrens saptanmamıştır. Çalışmamız kapsamında değerlendirilen diğer dev hücreli lezyonlar genellikle küçük boyutta lezyonlar olup, lokal anestezi altında küretaj ile tedavi edilerek hastalara takip önerilmiş, ancak bu gruptaki hastalar en fazla 1 yıl kadar takip edilebilmiştir.

Fibroosöz lezyonlar grubunda değerlendirilen fibröz displazili 2 olgudan birisi tedaviyi kabul etmemiş, 12 yaşında kız çocuğu olan diğer hastaya ise eksizyon, en blok rezeksiyon ve osteoplastik konturlama gibi üç farklı dönemdeki kademeli opere-rasyonlar uygulanmıştır. Bu hastamızın 10 yıllık takip periyodunda nüks görülmemiştir. Çenelerde ve yüz kemiklerinde yaygın tutulum ile karakterize diğer bir fibroosöz lezyon olan cheribusimli bir olgumuz (7 yaşında) ise yaklaşık olarak 3 yıldır kont-rolümüz altında olup, hastada puberte ile birlikte remisyon beklenmektedir.

Benign tümörler kategorisinde değerlendirildiği halde, ameloblastomaların nüks oranının yüksek ve malign transformasyon olasılığı olduğu bilinmektedir. Ameloblastomalı 2 olgumuzdan birisi yaklaşık olarak 5 yıl önce opere edilmiş ve bu güne kadar nüks ile karşılaşılma-mıştır. Diğer olgumuz ise operasyon sonrasında uzun dönemde takip ve kontrollerine gelmemiştir. 2 Olgumuzda odontojen kökenli bir

tümör olan ameloblastik fib-roma saptanmıştır. Her iki lezyonun da hemen hemen tüm hemimandibulayı tutacak şekilde oldukça yaygın destrüksiyona neden olduğu görülerek, lokal eksizyon ve küretaj ile tedavileri yapılmış ve ortalama 5-6 yıllık takip periyodunda nüks söz konusu olmayıp, her iki hastada da bölgede yeni kemik formasyonu ile mandibuler kemik yeniden şekillenmiştir.

Oldukça ender görülen bir neoplazm olan nöroektodermal tümörlü 6 aylık olgumuzda tümör eksizyonu sonrasında 2 yıllık takip döneminde rezidiv görülmemiştir. Hastanın takip ve kontrolleri devam etmektedir.

Malign non-odontojenik tümörlerden Burkitt lenfomalı 2 olgu, embriyonel rabdomyosarkomlu bir olgu ve round cell sarkomalı bir olguya onkoloji merkezlerinde uygun kemoterapi veya radyoterapi ile tedaviler önerilmiştir. Burkitt lenfomalı olgulardan birinde uygulanan kemoterapiyi takiben kısa sürede remisyon gözlenirken, diğer olgu ise yaklaşık olarak 1 yılın sonunda eks olmuştur. 5 malign olgudan diğer 2'si ise takip edilememiştir. Round cell sarkomalı hastaya ise kliniğimizde yaklaşık olarak 5 yıl önce cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hasta sağlıklı olarak yaşamını devam ettirmektedir.

Tartışma

Çocuklarda görülen ağız ve çene tümörlerinin çok büyük bir oranının benign tümörlerin oluşturduğu görülmektedir (7,9). Tanaka ve ark. (7) olgularının yalnızca % 3'ünün malign karakterde olduğu rapor etmişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada ise benign tümörlerin olguların %93'ünü oluşturduğu saptanmıştır (9). Çalışmamızda elde edilen sonuçların da yukarıda adı geçen çalışmalara paralel olarak, olguların büyük bir yüzdesinin benign olduğu (%93,14) ve 73 olgudan 5'inin (%6.84) malign olduğu belirlenmiştir.

Buna karşın Nijerya'da yapılmış olan çalışmalarda malign tümörlerin oranının %40 veya daha üzerinde olduğu bildirmiştir (8,10). Arotiba ve ark (8) çalışmalarında malign tümör olgularının %22,4'ünün, Asaoma ise (10) %44.8'inin Burkitt Lenfoma olduğunu rapor etmişlerdir. Yüksek grade'li bir non-Hodgkin Lenfoma olan Burkitt

Lenfoma ilk olarak 1958 yılında Dennis Burkitt isimli araştırmacı tarafından tanımlanmıştır (11). Çocuklarda yaygın olarak görülen bu neoplazm Afrika'da endemik olarak görülmekle birlikte, non-endemik formu da bilinmektedir (Kuzey Amerika Burkitt Lenfoması) (11). Bu çalışmalarda malign tümör insidansının bu denli yüksek olması; Afrika kıtasında Burkitt lenfomalı olguların endemik olarak görülmesi ile açıklanabilir.

Tanaka ve ark (7) çocuklarda görülen tümörlerin en sık 6-11 yaşlarında görüldüğünü (% 43,8) bunu da 12-15 yaş grubunun takip ettiğini (% 31,4) bildirmişlerdir. Aynı araştırmacılar 102 olguluk serilerinde 33 odontojen kökenli tümörün 28'inin 6-11 yaş grubunda saptandığını rapor etmişlerdir. Bunu da daimi dişlerin büyük bir çoğunluğunun kron formasyonunu 4-5 yaşlarında tamamlanmasına bağlamışlardır (7).

Birçok araştırmacı ise, tümörlerin 11-15 yaş grubunda daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (8,12). Ayrıca literatürde, kız ve erkek olgu sayısının hemen hemen birbirine eşit olduğu bildirilmiştir (7,8). Çalışmamızda da literatür bilgileriyle uyumlu olarak çocukluk çağı çene-yüz tümörlerinin en sık 11-15 yaşında görüldüğü (%47,94), kız/erkek oranının ise hemen hemen birbirine eşit olduğu belirlenmiştir.

Tümöral kitlelerin lokalizasyonuna yönelik olarak yapılmış olan değerlendirmelerde, mandibulanın en çok tutulum görülen lokalizasyon olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (7,8). Çalışmamızda ise olgularımızın % 49,31'inin mandibulada görüldüğü saptanmıştır.

Çocuk hastalarda görülen çene tümörlerinin büyük bir çoğunluğunu non-odontojen tümörler oluşturmaktadır (6,8,13,14). Choung ve Kaban isimli araştırmacılar (6) çalışmalarında 47 non-odontojenik tümöre karşın odontojenik orijinli tümör olarak; 1 ameloblastoma ve küçük çaplı odontomalar ile karşılaştıklarını rapor etmişlerdir. Dehner (13) ise benign çene tümörlerini değerlendirdikleri 46 olguluk hasta serilerinde yalnızca 4 odontojenik tümör saptadıklarını bildirmişlerdir. Non-odontojenik tümörler, serimizde tüm tümöral oluşumların %76,1 gibi oldukça büyük bir yüzdesini kapsamaktadır.

Ameloblastomalar; odontojenik tümörler içerisinde tedavi yönüyle en tartışmalı olan tümöral oluşumlardır (11,15). Tedavilerinde cerrahi küretaj-dan, blok eksizyona veya rezeksiyona kadar değişebilen tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (11). Ancak çocuklardaki tümörlerin tedavi planlamasında, çenelerin büyüme gelişimleri ile yaşamın ilerleyen dönemlerindeki estetik ve fonksiyonların dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. (16,17). Bu görüşten hareketle; gerek ameloblastomalar ve gerekse diğer benign odontojenik ve non-odontojenik tümörlerin tedavilerinde 1 olgumuz dışında radikal rezeksiyondan kaçınılmıştır. Ayrıca çocuklarda görülen ameloblastomaların genellikle unistik olduğu ve tümöral hücrelerin kist duvarının dışına uzanmadığı bildirilmiştir (16). Çalışmamızda, uzun süreli takip etme olanağı bulduğumuz maksillada lokalize ve sinüs içerisine büyüme gösteren bir kistik ameloblastoma olgumuzda herhangi bir nüks ile karşılaşılmamıştır.

Çalışma grubumuzdaki benign non-odontojenik tümörler içerisinde en sık mezenşimal kökenli tümörler ile karşılaşmıştır (38 olgu). Bunun literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görülmektedir (6,8).

Mezenşimal kökenli tümörlerden ise insidansı en yüksek olan grubun dev hücreli lezyonlar olduğu görülmüştür (% 36,98). Choung ve Kaban'da (6) serilerinde mezenşimal kökenli tümörler içerisinde en çok dev hücreli lezyonların görüldüğünü rapor etmişlerdir. Dev hücreli lezyonlar grubunda değerlendirilen santral dev hücreli granüloma ve dev hücreli kemik tümörü arasında histopatolojik ayırımın net olarak yapılamayacağı bildirilmiştir (6,18). Buna karşın, gerçek dev hücreli tümörlerin tanısında dikkate alınması gereken histopatolojik kriterler tanımlanmış, ancak bu iki lezyon arasındaki ayırımın yalnızca histopatolojik bulgularla yapılmayacağı bildirilmiştir (6). Bu nedenle dev hücreli kemik tümörü ve santral dev hücreli granüloma olarak rapor ettiğimiz olgularımızın tanısında histopatolojik değerlendirmeye ilaveten, intraoperatif değerlendirme ile tümörün makroskobik görünümü önemli tanı kriterleri olarak belirlenmiştir. Zira edindiğimiz cerrahi deneyimler doğrultusunda sap-

tamış olduğumuz ön tanıların histopatolojik olarak doğrulanmış olması, bizlerde; dev hücreli tümörlerde spesmenin makroskopik görünümünün santral dev hücreli granülomalara göre daha kanamalı, frajil ve karaciğer dokusu görünümünde olduğu, santral dev hücreli granülomalarda ise cerrahi spesmenin peri-ferinde solid ve fibröz yapıda bir tümöral dokunun hakim olduğu ve dolayısıyla santral dev hücreli granülomaların cerrahi küretaj ve enüklüasyonunun daha kolay olduğu izlemine uyandırmıştır. Bu göz-lemlerimiz sonucunda, tümöral dokunun frajilitesi, rengi, kıvamı, kanamalı olup olmadığı, cerrahi küretaj ve enüklüasyonun kolaylığı gibi unsurların intraoperatif değerlendirme ve tümörün makroskopik görünümünde gözönünde bulundurulması gereken kriterler olduğu saptanmıştır. Ayrıca lite-ratürde, çenelerdeki dev hücreli lezyonların biyolojik davranışlarının çeşitli olabileceği ve santral dev hücreli granülomaların, agresif davranışlar sergileyen lezyonlara veya malign dev hücreli tümörlere kadar değişkenlik gösterebildiği bildirilmiştir (6,19). Özellikle dev hücreli kemik tümörlerinde; agresif klinik özelliklere bağlı olarak daha sık nüks beklenmekte ve tedavilerinin cerrahi küretajdan hemimandibulektomi ve kemik grefti ile rekonstrüksiyona kadar değişen çeşitli cerrahi yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir (6,20,21). Çalışma grubumuzdaki 4 dev hücreli kemik tümörü olgumuzda herhangi bir nüks ile karşılaşılmamıştır. Bunu yanısıra agresif davranışlar sergileyerek yaygın kemik rezorbsiyonları ile birlikte yer yer kortikal perforasyonlara neden olan dev hücreli granüломalı 6 olgumuzdan birine uygulanmış olan hemimandibulektomi, diğerlerinin ise enüklüasyon ve küretajı sonucunda ikinci bir operasyonu gerektirecek bir rekürrens gözlenmemiştir. Erol ve Özer (22) 6 yaşındaki bir olguda rapor ettikleri santral dev hücreli granülomanın korpus ve ramusta yaygın kemik destrüksiyonuna neden olduğunu ve uyguladıkları cerrahi küretajı takiben, uzun süreli takip sonucunda herhangi bir nüks ile karşılaşmadıklarını rapor etmişlerdir.

Histopatolojik olarak dev hücreli lezyonlardan ayırt edilemeyen diğer bir patoloji ise Cheribusim'dir (6,11). Cheribusim otozomal dominant geçiş gösteren herediter bir hastalıktır (11).

Genellikle 2 yaş altında başlar ve puberte sonrasında spontan regresyon beklenir. Choung ve Kaban (6) 2 ve 4 yaşlarında 2 cheribusimli olguyu 38 ve 41 ay takip ettiklerini ve minimal değişiklik saptadıklarını bildirmişlerdir. 7 yaşında kliniğimize başvuran ve cheribusim tanısı konulan bir olgumuz ise yaklaşık olarak 3 yıldır takip edilmekte ve puberte ile birlikte regresyon beklenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Erol, B, Gülsün B, Özer N, Tanrikulu R, Kutsal MT: Oral ve maksillofasiyal tümörler: 942 olguda retrospektif ve klinikopatolojik bir çalışma. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 5. Uluslararası Bilimsel Kongresi, 27 Ekim-3 Kasım 1996, Hotel Serapsu, Antalya
2. Makkonen N, Eshete S, Minasse M: Orofacial tumours in Ethiopian patients clinical analysis of 108 patients and a review of literature. J Craniomaxillofac. Surg. 22: 76, 1994
3. Taylor MA, Montes LC, Sandavol SC, Robertson JP, Rivera LMR, Meneses-Garcia A: Odontojenic tumours in Mexico: A collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 84: 672, 1997
4. Günhan Ö, Erseven G, Ruacan S, et al: Odontojenic tumours: a series of 409 cases. Aust Dent. J. 35:518, 1990
5. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM: Odontojenic tumours: analysis of 706 cases. J Oral Surg. 39:771, 1978
6. Choung R, Kaban LB: Diagnosis and treatment of jaw tumours in children. J Oral Maxillofac. Surg. 43: 323, 1985
7. Tanaka N, Murata A, Yamaguchi A, Kohama G: Clinical features and management of oral maxillofacial tumors in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 88:11, 1999
8. Arotiba GT: A study of orofacial tumors in Nigerian children. J Oral Maxillofac. Surg. 54:34, 1996
9. Tanaka N, Amasaga T: Oral and maxillofacial tumours in children: a review. Br J Oral Maxillofac. Surg. 35:92, 1997
10. Asaoma EA, Ayanlere AO, Olaitan AA, et al: Pediatric tumors of the jaws in Northern Nigeria. J Craniomaxillofac Surg. 18: 30, 1990
11. Regezi JA, Sciubba J: Oral Pathology Clinical-Pathologic Correlation's London, W.B. Saunders Company, 1993, s. 450-451, 362-367, 469-471
12. Chen YK, Lin LM, Huang HC, Lin CC; Yan YH: A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesion in a pediatric population from southern Taiwan. Pediatr Dent 20: 404, 1998
13. Dehner LO: Tumors of mandibula and maxilla in children I: Clinicopathologic study of 46 histologically benign lesions. Cancer 31: 364, 1973
14. Dehner LO: Tumors of mandibula and maxilla in children II: A study of 14 primary and secondary malignant tumors. Cancer 32: 112, 1973

15. Gold L: Biologic behaviour of ameloblastoma. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 3: 21, 1991
16. Fienberg SE, Steinberg B: Surgical management of ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 81: 383, 1996
17. Erol B, Tuncer M, Özer N, Arslan A: Agresif mandibuler fibröz displazi ve uzun süreli takip sonuçları (olgu bildirimi). D.Ü. Dişhek. Fak. Derg., 4: 60, 1993
18. Erol B, Köyoğlu S, Boğa H, Özer N, Eskimez S: Dev hücreli çene kemiği tümörleri ile ilgili klinikopatolojik bir çalışma (5 olgu analizi). Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi "Stomatoloji" Derneği 2. Uluslararası Bilimsel Kongresi, 25-29 Ekim 1990, Alanya
19. Small GS, Rowe NH: A "true giant cell tumor" in the mandible? J Oral Surg 33: 296, 1975
20. Erol B, Ünlü G, Özer N, Yıldız F, Herdem M, Atay Ç, Kutsal T: Çenelerin dev hücreli lezyonları ve alternatif tedavi yöntemleri. Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği 8. Uluslar arası Bilimsel Kongresi. 17-21 Mayıs 2000 , Hotel Merit Arcadia, Belek-Antalya
21. Erol B, Ünlü G, Özer N, Yıldız F: Aggressive central giant cell granulomas of the mandible in children : Three case report. XV. Congress of the European Association For Cranio-Maxillofacial Surgery, 5-9 September 2000, Edinburgh
22. Erol B, Özer N: A case of central giant cell granuloma (CGCG) and its long-term follow-up. The Saudi Dental Journal 8: 150, 1996