

Agresif Periodontitis ile Birlikte Görülen Periferik Dev Hücreli Granuloma: 3 Yıllık Takip¹

PERIPHERAL GIANT CELL GRANULOMA ASSOCIATED WITH AGGRESSIVE PERIODONTITIS: 3 YEARS FOLLOW-UP

Onur ÖZÇELİK*, Nejat ARPAK**, Ömer GÜNHAN***

* Dr. Dt., Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD,

** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD,

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

Özet

Amaç: Periferik dev hücreli granuloma (PGCG), gingivada lokalize büyümeler şeklinde görülen, reaktif ekzofitik bir lezyondur. Her iki cinsiyeti de etkiler fakat bayanlarda iki kat fazla ortaya çıktığı rapor edilmiştir. Her yaşta rastlanabilir ancak genç ve orta yaşlı erişkinlerde daha sık gözlenir. Ağız içinde en sık mandibular antero-lateral segmentte izlenir. Etiyolojisinde diş çekimi, hatalı dental restorasyon, plak ve kalkulus gibi lokal iritanların etkileri vardır.

Olgu Sunumu: Dişetlerinde kanama, şişme şikayetleriyle kliniğimize müracaat eden 32 yaşındaki bayan hastanın yapılan klinik muayenesinde sol alt çenede 31-34 nolu dişler bölgesinde gingival büyüme tespit edildi. Ayrıca radyolojik ve klinik değerlendirmeler sonucunda hastaya agresif periodontitis teşhisi kondu. Kitle cerrahi olarak eksize edildi. Hastanın periodontal tedavisi, hazırlık fazını takiben tüm bölgelere periodontal cerrahi girişimler şeklinde planlandı. Biyopsi sonucu kitlenin periferik dev hücreli granuloma olduğunu ortaya koydu.

Sonuç: Hastanın başlangıçta sahip olduğu dramatik tabloya rağmen, 3 yıl sonra periodontal durumun stabilitesini koruduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Agresif periodontitis, periferik dev hücreli granuloma, cerrahi tedavi, tedavi teknikleri

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2005, 11:29-32

Periferik dev hücreli granuloma (PGCG), dişetinde lokalize nodüler büyümeler şeklinde görülen, reaktif patolojik bir lezyondur. Her yaşta rastlanabilir fakat özellikle 40-60 yaşları arasında daha yüksek görülme sıklığına sahiptir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla rastlandığına dair raporlar vardır.

Lezyon genellikle, diş çekimi, hatalı dental restorasyon, gıda sıkışması, uyumsuz protezler, plak ve kalkulus gibi lokal irrite edici faktörlerin varlığına bağlı olarak ortaya çıkar. Buna ek olarak hormonal faktörlerin de, bu lezyonların gelişimi üzerinde etkili olduğuna dair raporlar mevcuttur (1-3).

Summary

Purpose: Peripheral giant cell granuloma (PGCG) is encountered as localized nodular enlargements of the gingiva. PGCG is a reactive exophytic lesion, which is affect both sexes with a slight predilection for women and occurs in all age groups but most frequently in young to middle-aged adults. The mandibular antero-lateral region being the area most often involved. It appears as a result of local irritating factors such as tooth extraction, poor dental restorations, food impaction, ill-fitting dentures, plaque, calculus.

Case Report: A 32 year-old woman was referred to the Department of Periodontology, Faculty of Dentistry at Ankara University with a chief complaint of gingival swelling and bleeding. Intraoral examination revealed a gingival enlargement. It was extended between 31-34. According to clinical and radiological evaluation, the patient was diagnosed as aggressive periodontitis. Full mouth flap operations were planned, following a full mouth curettage. Biopsy of the lesion confirmed a typical histological appearance of peripheral giant cell granuloma.

Conclusion: Although the patient presented with a hopeless dentition, three-year follow up showed that the teeth exhibited a favourable prognosis.

Key Words: Aggressive periodontitis, periferic giant cell granuloma, surgical therapy, treatment techniques

En sık görüldüğü bölgeler, antero-lateral dişleri taşıyan mandibular segmenttir. Klinik olarak, yumuşak yüzeyle, kabarık formda, mavimsi-kırmızı renkli, yapışık veya saplı bir görünüm sergiler. Lezyon büyüklüğü yaklaşık 0,5-1,5 cm arasında değişir. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen, travmaya bağlı olarak kanama ve ağrı şikayetleri yaratabilir. Agresif formları dişi ark dışına itebilir ve çene kemiğinde yıkıma yol açabilir (4-6).

Histopatolojik olarak, dev hücreli granulomalarda, yüzey epiteli kısmında olsa travmalara bağlı olarak ülser olur. Subepitelyal bölgede eski kanamalara bağlı hemosiderinle yüklü makrofajlar



Resim 1. Lezyonun başlangıç görüntüsü.



bulunur. Ancak asıl karakteristik görünüm, fibrohistiyositik stromal hücreler ile osteoklast tipi multinükleer dev hücrelerin oluşturduğu, kısmen lobuler tertiplenme gösteren proliferasyondur. Bu lezyon anormal ve düzensiz proliferasyon sonucu oluşur, neoplastik değildir ve regresyon gösterebilir (7).

Generalize agresif periodontitis (GAP) genellikle 30 yaşın altındaki bireyleri etkilemesine rağmen bazen daha yaşlı bireylerde de rastlanabilmektedir. Klinik olarak, I. molarlar ve keserler dışında en az 3 daimi dişte generalize interproksimal ataçman kaybına ve alveoler kemik kaybına rastlanır. Yıkımlar, ileri yıkım dönemleri ve sessizlik dönemleri şeklinde periodlar halinde gerçekleşir. GAP hastalarının bir kısmında spontan veya tedavi sonrasında düzelleme gözlenmesine rağmen, konvansiyonel tedaviyi takiben bazı hastalarda diş kayıpları devam edebilmektedir (8).

Bu makalede, GAP ile birlikte gözlenen PGCG tablosunun, 3 yıllık takip raporunun sunulması amaçlanmaktadır.

Olgu Sunumu

Otuz iki yaşındaki bayan hasta Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne, alt çenesinde bir aydır mevcut olan dişeti büyümesi şikayeti ile başvurdu. Yapılan klinik muayenede 31-34 nolu dişler bölgesinde lokalize, sert görümlü, koyu kırmızı renkli dişeti büyümesi tespit edildi (Resim 1). Lezyon bölgesindeki dişler, ileri

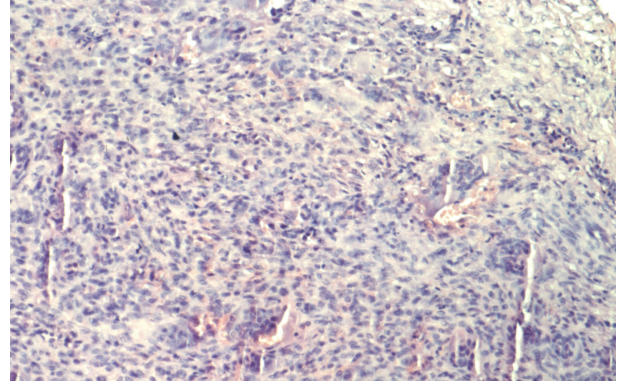
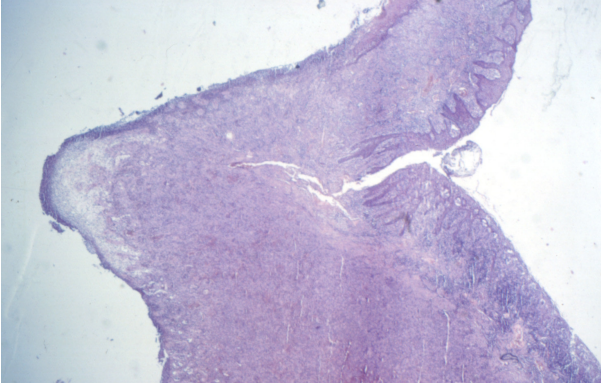
derecede mobilite, cep derinliği ve ataçman kaybı göstermekteydi (cep derinliği ort.: 4,15 mm; mobilite ort.: 1,8). Ağızın diğer bölgelerinden alınan klinik periodontal ölçümler ve radyografik değerlendirme sonucunda GAP teşhisi kondu (tüm dişlerin cep derinliği ortalaması: 4,22 mm) (Resim 2).

Hasta tanı ve tedavi planı hakkında bilgilendirilerek oral hijyen eğitimi verildi ve 7 gün süre ile CHX (%0,02) kullanması önerildi. Büyüme olan bölgeye lokal anestezi altında diş yüzey temizliği ve kök düzleştirme uygulanmasını takiben 1 hafta sonra lezyon eksize edildi ve çıkarılan doku örneği patoloji laboratuvarına gönderildi. Lezyonun biyopsi sonucunun, tipik PGCG histolojik görüntüsüne sahip olduğu gözlemlendi (Resim 3).

Periodontitisin tedavisi amacıyla, başlangıç tedavi fazını takiben tüm ağız için flep operasyonları planlandı. Buna ek olarak 21 nolu diş bölgesi-



Resim 2. Hastanın panoramik radyografik görüntüsü. Alt ve üst çenede yaygın kemik kaybı mevcut.



Resim 3. Kısmen ülserle yüzey epiteli altında çok sayıda histiyositik dev hücre içeren lezyon izlenmektedir. Dev hücrelerin arasında hemosiderin yüklü makrofajlar ve atipik olmayan fibroblastik hücreler bulunmaktadır.

ne Guidor periodontal membran ve 46 nolu dişin distalindeki defekt bölgesine cerasorb biyomateriyali yerleştirildi. Olgu 3 yıl sonra değerlendirildiğinde, cep derinliklerinin sabit kaldığı ve herhangi bir nüks gözlenmediği tespit edildi (cep derinliği ortalama değerleri: I. yıl: 1,76 mm; II. yıl: 2,55 mm; III. yıl: 1,97 mm) (Resim 4).

Tartışma

PGCG, dişeti ve oral mukozada görülen, periodontal ligament veya periosteumdan kaynaklandığı düşünülen, bir lezyondur. Bu lezyonun tüm reaktif büyümeler içinde, %5.1 ile %43.6 oranında görülme sıklığına sahip olduğu rapor edilmiştir. Genellikle dişetine lokalize olarak, komşu dokuda yıkıma sebep olmamasına rağmen, %26-28 PGCG olgusunda lokal kemik rezorbsiyonuna rastlanmıştır (3). Kalkulus ve periodontitis varlığı,

periodontal cerrahi, uyumsuz protezler, taşkın restorasyonlar ve diş çekiminin bu patolojik gelişimi başlatan faktörler arasında oldukları düşünülmektedir. Bu raporda sunulan olgunun bayan oluşu ve lezyonun mandibular antero-lateral lokalizasyonu literatürle uyumaktadır (3,5,9,10). Hastada lezyona bağlı gelişen ağrı şikayetinin olmayışı; lezyonun okluzyon seviyesine tamamen ulaşmamış ve dolayısıyla çiğneme sırasında oluşan travmatik kuvvetlerden etkilenmemiş olmasından kaynaklanabilir. Bodner ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada oral hijyen seviyesi ile PGCG boyutları arasında ters orantı olduğunu bulmuşlardır (5). Bu raporda sunulan hastanın da, 20'li yaşlarında dişetlerinde kanama şikayetinin başlamasıyla, dişlerini hiç fırçalamamış olması, periodontal tabloyu daha dramatik bir hale getirmiş olabilir. Benzer şekilde, olgunun sahip olduğu yetersiz



Resim 4. Hastanın 3 yıl sonraki ağız içi görüntüsü.

oral hijyen ve periodontitis varlığının, PGCG oluşmasında etkili oldukları düşünülebilir.

PGCG'nin teşhisi klinik ve histopatolojik bulgulara dayanmaktadır. PGCG'nin mikroskopik görüntüsü, bağ doku stromasında yayılmış olan çok sayıda multinükleer dev hücreler ile karakterizedir (9,11). Klinik olarak ise, lezyonun görünümü pyojenik granuloma (12), santral dev hücreli granuloma (13,14) immunosupresif ve Ca-kanal blokörleri(15) gibi ilaca bağlı olarak ortaya çıkan dişeti büyümeleri ile benzerlik gösterebilir (11,16).

Olguya uygulanan tedavi, öncelikle dişetinde mevcut olan büyümenin uzaklaştırılması yönünde olmuştur. Periodontal sağlığın yeniden elde edilmesi için çeşitli biyomateryal (cerasorb) ve periodontal membran (guidor) uygulamaları yapılmıştır. Uygulanan bu periodontal tedavi yöntemlerinin 3 yıllık takibinde elde edilen sonuçlar, tedavinin başarılı olduğunu göstermektedir. Cep derinliklerinin tedaviden sonra stabil kalması, olgunun herhangi bir nüks göstermeksizin başarı ile tedavi edildiğini ortaya koymuştur. Hastanın düzenli kontrollere gelmesi ve oral hijyenine gösterdiği dikkat, periodontal tedavi başarısında büyük rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Günhan M, Günhan Ö, Celasun B, Mutlu M, Bostancı H: Estrogen and progesterone receptors in the peripheral giant cell granulomas of the oral cavity. J Oral Sci 40: 57, 1998
2. Dayan D, Buchner A, Spierer S: Bone formation in peripheral giant cell granuloma. J Periodontol 61: 444, 1990
3. Katsikeris N, Kakarantza-Angelopoulou E, Angelopoulos AP: Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg 17: 94, 1988
4. Bonetti F, Pelosi G, Martignoni G, Mombello A, Zamboni G, Pea M, et al. Peripheral giant cell granuloma: Evidence for osteoclastic differentiation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 70: 471, 1990

5. Bodner L, Peist M, Gatot A, Fliss DM: Growth potential of peripheral giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 83: 548, 1997
6. Nedir R, Lombardi T, Samson J: Recurrent peripheral giant cell granuloma associated with cervical resorption. J Periodontol 68: 381, 1997
7. Günhan Ö: Ağız Mukozası Hastalıkları. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. Ankara, Atlas Ltd Şti, 2001, p. 63
8. Newman MG, Takei HH, Carranza FA: Carranza's Clinical Periodontology. New York, W.B. Saunders Company, 2002, Chapter 28, p. 409
9. Bhaskar SN, Cutright DE, Beasley JD, Perez B: Oral giant cell granuloma (peripheral): Report of 50 cases. J Oral Surg 29: 110, 1971.
10. Shafer WG, Hine MK, Levy BM: A textbook of oral pathology. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1983, p. 144
11. Mighell AJ, Robinson PA, Hume WJ: Peripheral giant cell granuloma: A clinical study of 77 cases from 62 patients and literature review. Oral Dis 1: 12, 1995
12. Diaz-Guzman LM, Castellanos-Suarez JL: Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 9: 430, 2004
13. Whitaker SB, Bouquet JE: Identification and semi-quantification of estrogen and progesterone receptors in peripheral giant cell lesions of the jaws. J Periodontol 65: 280, 1994
14. Abdo EN, Alves LC, Rodrigues AS, Mesquita RA, Gomez RS: Treatment of a central giant cell granuloma with intralesional corticosteroid. Br J Oral Maxillofac Surg 43: 74, 2005
15. Thomason JM, Seymour RA, Rice N: The prevalence and severity of cyclosporine and nifedipine-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 20: 37, 1993
16. Kfir Y, Buchner A, Hansen LS: Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. J Periodontol 51: 655, 1980

Geliş Tarihi: 31.12.2004

Yazışma Adresi: Dr. Dt. Onur ÖZÇELİK
Başkent Üniversitesi Adana Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi
Diş Polikliniği
Yüreğir, ADANA
oucak@yahoo.com

[¶]Türk Periodontoloji Derneği'nin 33. Bilimsel Kongresi'nde tebliğ edilmiştir.