

MANDİBULADA SANTRAL DEV HÜCRELİ GRANÜLOM: OLGU SUNUMU

CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA IN MANDIBLE: A CASE REPORT

¹Adnan KILINÇ, ^{2*}Nesrin SARUHAN, ²Mehmet Zahit BAŞ

¹Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, ERZURUM.
²Dt. Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, ERZURUM.

Özet

Mandibula posteriorunda nervus alveolaris inferiorla ilişkili santral dev hücreli granülomun küretajla tedavisini sunmaktır. Sol mandibular posterior bölgesinde 6 aydır şişliği bulunan 40 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Biopsi yapıldı ve histopatolojik olarak santral dev hücreli granülom teşhisi koyuldu. Hastanın serum kalsiyum, fosfat, alkalin fosfat ve parathormon değerleri normal sınırlardaydı. Lokal anestezi altında lezyon bölgesi sağlam kemik sınırlarına kadar kürete edildi. Klinik ve radyolojik olarak 6 aylık takipte herhangi bir nüksle karşılaşılmadı.

Anahtar Kelimeler: Santral dev hücreli granülom, küretaj.

Abstract

To present treatment with curettage of central giant cell granuloma in the posterior mandible associated with nervus alveolaris inferior.

40-year-old male patient with the complaint of swelling in the left posterior mandible since 6 months was referred our department. Biopsy was performed and central giant cell granuloma was diagnosed by histopathologically. Patient's laboratory values of serum calcium, phosphate, alkaline phosphatase, PTH were within normal limits. In the region of the lesion, curettage was performed thorough until healthy bone under local anesthesia.

No evidence of clinical and radiological recurrence was observed during follow-up 6 months.

Key words: Central giant cell granuloma, curettage.

Giriş

Santral dev hücreli granülom (SDHG) ilk olarak 1953 yılında Jaffe tarafından idiopatik, non-neoplazik proliferatif lezyon olarak tanımlanmıştır (1). SDHG maksilla ve mandibulada görülen çenedeki tüm benign tümörlerin yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır (2).

SDHG, çenelerde yaklaşık %70 oranında mandibulada ve anterior bölgede daha sık görülmektedir. Olguların çoğunluğu 30 yaşından önce ortaya çıkmaktadır ve yaklaşık % 65'i kadınlarda görülmektedir (3).

SDHG, agresif ve nonagresif olmak üzere klinik davranışlarına göre ikiye ayrılmaktadır. Nonagresif lezyonlar; yavaş gelişen, semptom vermeyen ve tedavilerinde konservatif yöntemler uygulanan lezyonlardır.

Agresif lezyonlar ise; hızlı gelişim gösteren, çenelerde kortikal ekspansiyona ve perforasyona neden olan, yüksek nüks oranı olan lezyonlardır (1,4). Agresif lezyonlar sıklıkla gençlerde görülmektedir (5).

SDHG, radyolojik olarak multiloküler, daha az sıklıkla da unioküler radyolüsent alan olarak görülmektedir. Lezyonların sınırları düzgündür. Agresif lezyonlarda ağrı veya parestezi görülebilmektedir. Köklerde yer değiştirme ve rezorpsiyona neden olduğu vakalar da rapor edilmiştir (6,7).

SDHG'nın tedavisi; genellikle basit küretajdır, büyük lezyonlarda ise rezeksiyondur. Özellikle genç hastalarda küretaj iyi bir konservatif tedavi seçeneğidir. Bu lezyonlar düşük nüks oranı göstermektedirler. Agresif tip ya da rekürrens tip lezyonlar geniş en-blok rezeksiyon gerektirirler ve çenelerde büyük defektlere yol açmaktadırlar. Bu lezyonların %37.5 ila %70 arasında yüksek bir nüks oranı olduğu bildirilmiştir (1,4,8).

Bu olgu sunumunda, 40 yaşında erkek hastanın, sol mandibular ramus bölgesinde lokalize nervus alveolaris inferiorla ilişkili olan

*İletişim Adresi

Dr. Nesrin SARUHAN
Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D.,
Erzurum.

Tel: 090 442 231 17 47

E-mail: dt_nesrin@yahoo.com

santral dev hücreli granülomun küretajla tedavisi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

40 yaşında erkek hasta, sol mandibular posterior bölgede 6 aydır devam eden şişlik ve dudakta uyuşukluk şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan anemnez sonucu, herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan hastanın şişliğinin giderek arttığı öğrenildi.

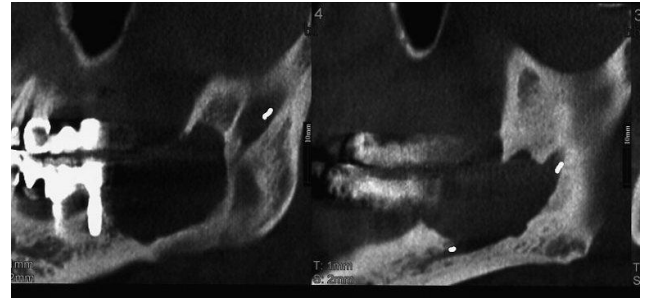
Yapılan klinik muayene sonucu sol mandibular posterior bölgede lingualde lokalize ekspansif lezyon tespit edildi. Hastadan alınan panoramik radyografide 37 nolu dişin yerine yerleştirilen implantın posteriorundan başlayıp ramus boyunca devam eden düzgün sınırlı radyolüsent lezyon tespit edildi (Resim 1).



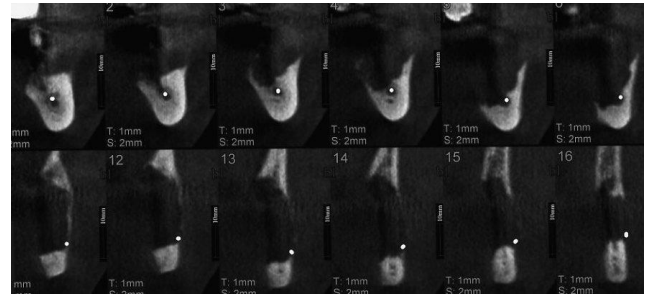
Resim 1. Sol mandibular posterior bölgede lokalize dental implantla ilişkili radyolüsent lezyonun panoramik radyografisi

Detaylı radyolojik inceleme amacıyla hastadan alınan Cone-Beam Computed Tomography (CBCT) sonucunda sol mandibular retromolar ve ramus bölgesinde lokalize, bukkal ekspansiyon-perforasyon ve lingual perforasyona neden olan; 37 nolu diş bölgesine yerleştirilmiş implant ile ilişkili (Resim 2), mandibular kanalın bukkal yönde yer değiştirmesine ve mandibular kanalda perforasyona sebep olan, düzensiz scallop sınırlı, litik, hipodens lezyon alanı izlenmektedir (Resim 3).

Lezyonun total eksizyonundan önce biyopsi yapılan hastaya histopatolojik olarak santral dev hücreli granülom teşhisi konuldu. Brown tümörle ayırıcı tanısı yapılması için hastadan serum kalsiyum, fosfat, alkalin fosfat ve parathormon (PTH) istendi, laboratuvar değerleri normal sınırlarda olan hastaya lokal anestezi altında küretaj planlandı.

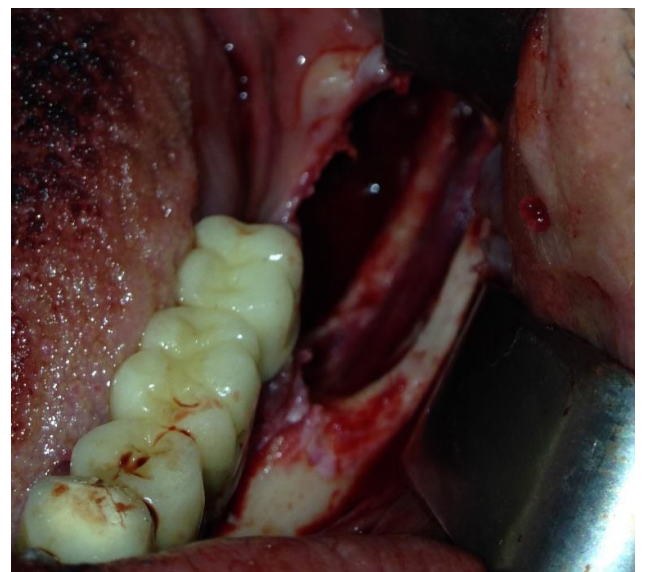


Resim 2. CBCT incelemesinde sınırları belirgin osteolitik kemik alanları tespit edilmiştir.

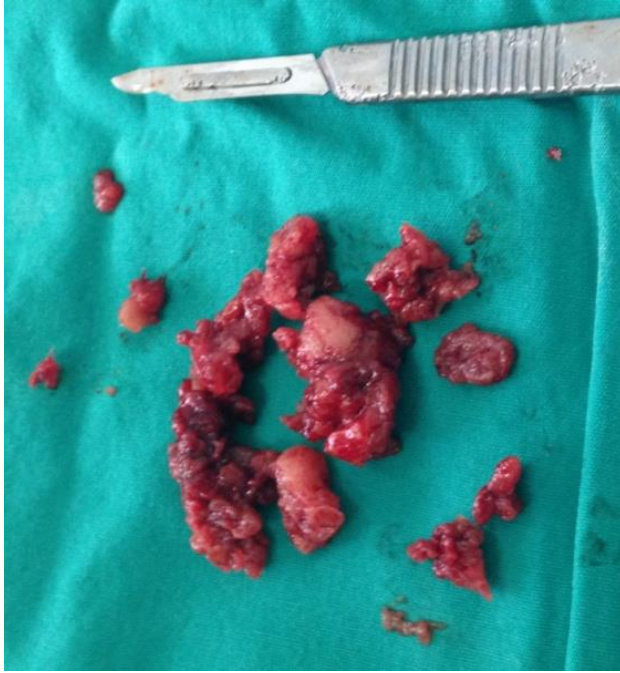


Resim 3. CBCT kesitlerinde, lingual kemiği perforan lezyonun nervus alveolaris inferior ile ilişkisi görülmektedir.

Sol mandibular bölgeye rejyonel anestezi yapılarak tam kalınlıklı flep kaldırıldı. Sağlam kemik duvarlarına kadar nervus alveolaris inferior ile ilişkili olan lezyon diseke edilerek kürete edildi (Resim 4). Kanama kontrolü sağlanarak yara kenarları primer olarak kapatıldı. Çıkarılan lezyon histopatolojik inceleme için gönderildi (Resim 5).

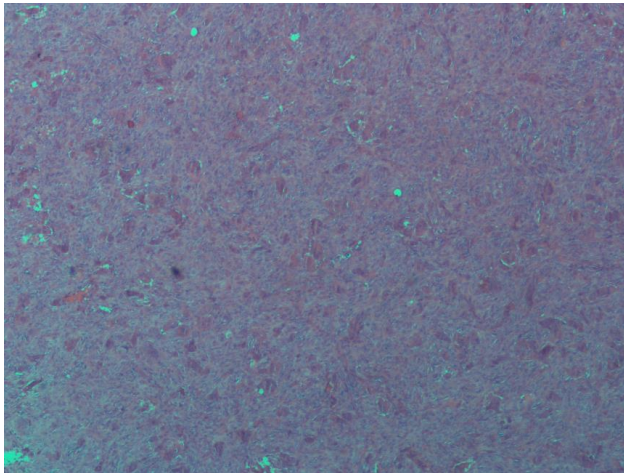


Resim 4. Lezyon kürete edildikten sonra bazalde açığa çıkan nervus alveolaris inferior görülmektedir.

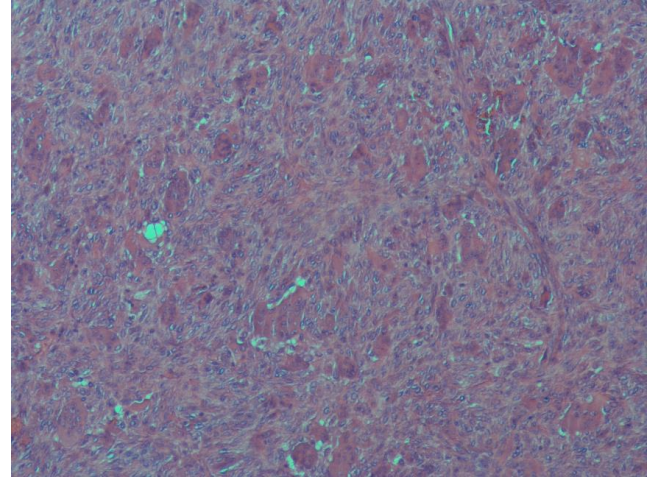


Resim 5. Çıkarılan lezyon parçaları

Materyalin makroskopik incelemesinde bir bölgede büyüğü 2x1.5x1.5 cm ölçülerde 9 adet, diğer bölgede büyüğü 2x1.5x1cm ölçülerde 10 adet parçalı, kapsülsüz, kahve-mor renkli, granülasyon dokusu benzeri kitlesel lezyon parçaları izlenmiştir. Materyallere ait mikroskopik incelemede konnektif dokuda iğ şekilli fibroblastlar ve bunlar arasında saçılmış tarzda dağılıma sahip multinükleer dev hücrelerden meydana gelen reaktif granülasyon doku izlenmiştir. Lezyon ayrıca fokal kanama alanı ve irregüler yapıda kemik trabekülleri içermektedir (Resim 6 ve 7).



Resim 6: x40, H&E



Resim 7. x100, H&E

Klinik ve radyolojik olarak 6 aydır takibi devam etmekte olan hastada postoperative olarak herhangi bir problem veya parestezi görülmemektedir (Resim 8 ve 9).



Resim 8. Postoperatif 6 ay sonraki ağız içi görüntü



Resim 9. Postoperatif 6 ay sonraki panoramik görüntü

Tartışma

SDHG, genellikle mandibulada ve bayanlarda daha sık görülmektedir (9-12). Maksillada lezyonlar anterior bölgede daha sık görülmektedir (6,13). Mandibulada ise lezyonlar anterior ve posterior bölgede eşit olarak görülmektedir (12,13). Cohen, lezyonların %84'ünün mandibulada ve birçok vakada da dişli çenelerde görüldüğünü belirtmiştir (14).

SDHG, radyolojik olarak multilokuler veya uniokuler olarak iyi ya da kötü sınırlı olarak görülebilmektedir (4,13,15). Literatürde SDHG agresif ve non-agresif olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Agresif tip; hızlı büyüyen, ağrılı, geliştiği bölgedeki dişlerde yer değişime ve rezorpsiyona neden olup ve çevre dokularda ciddi yıkımlara sebep olmaktadır. Non-agresif tipi ise; yavaş gelişen, semptom vermeyen ve tedavisinde genellikle küretajın yer aldığı tip olarak belirtilmiştir (1,4,16). Chuong ve ark. sınıflandırma için 6 kriterin kullanılması gerektiğini savunmuştur. Bunlar; ağrı, lezyonun ilerleme hızı, kök rezorpsiyonu, kortikal perforasyon ve rekürrenstir (4). Bu vaka raporunda; lezyonun ağrılı bir şekilde, hızlı bir gelişim gösteren bir seyri olduğundan agresif tip santral dev hücreli granülom olduğu düşünülmektedir.

Bazı SDHG'lar, Brown tümör (hiperparotroidizm), Paget Hastalığı, Nörofibromatoziz Tip 1 Cherubism gibi sistemik hastalık ve sendromlar ile ilişkilendirilmektedir (4,13). Çenelerin birden fazla sayıdaki SDHG genellikle hiperparotroidizm ile ilişkilendirilmektedir (14). Bu vaka raporunda da Brown tümörle ayırıcı tanı yapmak için serum kalsiyum, fosfat, alkalin fosfataz ve PTH laboratuvar testleri istenen hastanın laboratuvar kan değerlerinin normal sınırlarda olduğu görüldü.

Literatürlerde, SDHG'nın tedavisinde çeşitli yöntemler önerilmektedir. Genel olarak tedavi yöntemleri; cerrahi ve cerrahi olmayan olarak sınıflandırılmaktadır. Cerrahi olmayan tedavi yöntemleri arasında; kortikosteroid, kalsitonin ve interferon alfa enjeksiyon tedavileri literatürde yer almaktadır (17-20). Cerrahi tedaviler; basit küretajdan en-blok rezeksiyona kadar gidebilmektedir. Zandafir ve ark. hiperparotroidizm ile ilişkisi saptanmayan bilateral mandibular lezyonların eksizyonunu takiben otojen kemik greftiyle

rekonstrüksiyonunu yaptıkları vakanın takiplerinde herhangi bir nüks görülmediğini bildirmişlerdir (21). Lange ve ark. yaptıkları 80 vakada küretaj uyguladıkları çalışmalarında %26.3 oranında nüks görüldüğünü bildirmişlerdir (5).

Sonuç olarak; maksilla ve mandibulada gözlenen idiopatik, non-neoplazik proliferatif benign bir tümör olan santral dev hücreli granülomunun mutlaka Brown tümörle ayırıcı tanısı yapılmalıdır. SDHG'un küretajla cerrahi tedavisiyle başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Teşekkür

Histopatolojik değerlendirme ve görüntü elde edilmesindeki katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Betül GÜNDOĞDU'ya ve Dr. Özkan AYDIN'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. de Lange J, van den Akker HP, van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2007;104(5):603-15.
2. Austin LT, Jr., Dahlin DC, Royer RQ. Giant-cell reparative granuloma and related conditions affecting the jawbones. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 1959;12:1285-95.
3. Neville B DD, Allen CM, Bouquot J. *Oral And maxillofacial pathology* 3rd ed. St. Louis: Saunders Elsevier 2009.
4. Chuong R, Kaban LB, Kozakewich H, Perez-Atayde A. Central giant cell lesions of the jaws: a clinicopathologic study. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1986;44(9):708-13.
5. De Lange J, Van den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2005;99(4):464-70.
6. Bataineh AB, Al-Khateeb T, Rawashdeh MA. The surgical treatment of central giant cell granuloma of the mandible. *Journal of oral and maxillofacial surgery:official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2002;60(7):756-61.
7. Regezi JA SJ, Jordan RCK. *Clinical Pathologic Correlations* 2012:303-05.
8. Triantafyllidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F. Central giant cell granuloma of the jaws: a clinical study of 17 cases and a review of the literature. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology* 2011;120(3):167-74.
9. Waldron CA: Bone pathology. In: Neville BW DD, Allen CM, Bouquot JE(eds). *Oral and maxillofacial pathology* 1995:453-55.
10. Waldron CA, Shafer WG. The central giant cell reparative granuloma of the jaws. An analysis of 38 cases. *American journal of clinical pathology* 1966;45(4):437-47.
11. Andersen L, Fejerskov O, Philipsen HP. Oral giant cell granulomas. A clinical and histological study of 129 new cases. *Acta pathologica et microbiologica Scandinavica. Section A, Pathology* 1973;81(5):606-16.
12. de Lange J, van den Akker HP, Klip H. Incidence and disease-free survival after surgical therapy of central giant cell granulomas of the jaw in The Netherlands: 1990-1995. *Head & neck* 2004;26(9):792-5.

13. Whitaker SB, Waldron CA. Central giant cell lesions of the jaws. A clinical, radiologic, and histopathologic study. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 1993;75(2):199-208.
14. Cohen MA, Hertzanu Y. Radiologic features, including those seen with computed tomography, of central giant cell granuloma of the jaws. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 1988;65(2):255-61.
15. Kaffe I, Ardekian L, Taicher S, Littner MM, Buchner A. Radiologic features of central giant cell granuloma of the jaws. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 1996;81(6):720-6.
16. Kurtz M, Mesa M, Alberto P. Treatment of a central giant cell lesion of the mandible with intralesional glucocorticosteroids. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2001;91(6):636-7.
17. Kaban LB, Troulis MJ, Ebb D, August M, Hornicek FJ, Dodson TB. Antiangiogenic therapy with interferon alpha for giant cell lesions of the jaws. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2002;60(10):1103-11; discussion 11-3.
18. Carlos R, Sedano HO. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2002;93(2):161-6.
19. de Lange J, Rosenberg AJ, van den Akker HP, Koole R, Wirts JJ, van den Berg H. Treatment of central giant cell granuloma of the jaw with calcitonin. *International journal of oral and maxillofacial surgery* 1999;28(5):372-6.
20. Kaban LB, Mulliken JB, Ezekowitz RA, Ebb D, Smith PS, Folkman J. Antiangiogenic therapy of a recurrent giant cell tumor of the mandible with interferon alfa-2a. *Pediatrics* 1999;103(6 Pt 1):1145-9.
21. Zandifar H SA, Walsh R, Hsu JM. Unusual presentation of multiple giant cell reparative granulomas of the mandible. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2008;3:170-73.