

ERKEN YAŞTA GÖRÜLMÜŞ PERİFERAL DEV HÜCRELİ GRANÜLOMA (VAKA RAPORU)

A PERIPHERAL GIANT CELL GRANULOMA IN EARLY AGE (CASE REPORT)

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ASLAN*
Prof. Dr. Ertunç DAYI*

Yrd. Doç. Dr. Göksel ŞİMŞEK KAYA*
Arş. Gör. Dt. İsmail AKKAŞ*

Uz. Dr. Elif DEMİRCİ**

ÖZET

Periferal dev hücreli granüloma (PDHG), diş çekimi, kötü dental restorasyonlar, gıda gömülmeleri, iyi adapte olmamış protezler ve tartar gibi lokal iritan faktörler sebebiyle dişetinde ve alveol kretinde ortaya çıkan reaktif bir lezyondur.

PDHG, çoğu yaş grubunda görülebilirken, 40-60 yaş arası görülme oranı daha yüksektir. Bayanlar, erkeklerden daha çok etkilenmektedir.

Makalemizde, 4 yaşındaki kız çocuğunda sol alt çene molar bölgesinde kötü hijyen nedeniyle oluşan PDHG vakası sunulacak, PDHG'nin etiyolojisi, kliniği, radyolojik bulguları ve tedavisi güncel literatürler ışığında tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: İntraosseöz lezyonlar, Dev hücreli lezyonlar, Periferal dev hücreli granüloma.

ABSTRACT

The peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a reactive lesion occurring on the gingiva and alveolar ridge usually as a result of local irritating factors such as tooth extraction, poor dental restorations, food impaction, ill-fitting dentures, plaque, and calculus.

The PGCG may occur at any age but exhibits a peak incidence between 40 and 60 years of age. Women affected more than men.

In our article, it was presented a PGCG of the left mandible molar region of 4 years old female patient caused by bad oral hygiene and profound caries of deciduous molar and was discussed its etiology, clinical, radiological and therapeutic features in the light of the current literature.

Key Words: Intraosseous lesions, Giant cell lesions, Peripheral giant cell granuloma.

GİRİŞ

Çeneler bölgesinde görülen dev hücreli lezyonlar arasında santral veya periferal yerleşimli dev hücreli granüloomalar, hiperparatiroidizmde rastlanan Brown tümörleri, anevrizmal kemik kistleri, cherubizm ve dev hücreli tümörler sayılabilir.¹

Dev hücreli granüloomalar, ilk defa 1953 yılında Jaffe² tarafından tanımlanmış genellikle mandibula ve maksillada meydana gelen benign, neoplastik olmayan lezyonlardır.³ Sıklıkla intraosseöz santral yerleşimli iken nadir olarak da dişetinde ve alveol kretinde periferal yerleşimli olarak görülürler. Santral yerleşimlilerde etyoloji tam olarak kesinlik kazanmamasına rağmen kalıtımdan travmaya geniş bir yelpazeye sahiptir.⁴ Periferal yerleşimliler ise sıklıkla kötü protez ve dental

restorasyonlar, travmatik diş çekimleri, plak ve tartar gibi kötü oral hijyene sebep olabilecek nedenlerden dolayı meydana gelirler. Periferal dev hücreli lezyonlar bu özellikleriyle reaktif lezyonlar olarak da kabul edilirler.³⁻⁵

PDHG genelde küçük, iyi sınırlanmış, koyu kırmızı karaciğer dokusu benzeri kütle odağına sahip, periodontal ligamentten ya da mukoperiosteumdan köken almış, saplı veya sapsız, dişeti ve alveol kreti üzerinde yerleşmiş, ağrısız, kanamalı bir kliniğe sahiptir.^{5,6}

Histolojik incelemede lezyon çok sayıda fibroblastik hücre ile beraber hemorajik alanların çevresinde toplanmış multinükleer dev hücreleri içerisinde barındırır. Bununla birlikte yine çoğu lezyonda

* Atatürk Üniversitesi , Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Araştırma görevlisi

** Atatürk Üniversitesi , Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim üyesi

hemosiderin artıkları, enflamasyon hücreleri ve osseoz karakter gösteren kalsifiye alanlar da histolojik incelemede izlenebilir.⁵⁻⁷ Dev hücreli lezyonların ayırıcı tanısında diğer dev hücreli lezyonlar olan dev hücreli tümörler, anevrizmal kemik kistleri ve hiperparatroidizme bağlı Brown tümörleri düşünülmelidir ve klinik, radyografik, biyokimyasal, hormonal ve histopatolojik bilgiler ışığında bunların ayrımı yapılmalıdır.⁸

PDHG herhangi bir yaşta ortaya çıkma ihtimali varken en çok 40-60 yaşları arasında görülür. Genellikle bayanlar erkeklere oranla daha fazla etkilenmektedir. Santral yerleşimlere çoğu yeni literatürler de 30 yaş altında rastlandığından bahsedilmektedir. Lezyonun çapı 0,5 ila 3,0 cm arasında değişirken çok daha büyük çaptaki lezyonlar da rapor edilmiştir.^{4,5} Yine büyük çaplı PDHG lezyonlarında sistemik bir takım etkilerin varlığı henüz kesinlik kazanmamıştır.⁷

PHDG'nin tedavisi lezyonun çevre yumuşak dokulardan bir miktar sağlam sınırları da içine alacak şekilde eksizeyonu ve ilgili bölgenin küretajıdır. Bununla beraber lezyona sebep olduğu düşünülen lokal etiyolojik faktörlerin elimine edilmesi nüks olasılığını azaltmak için çok önemlidir.^{5,6}

VAKA

4 yaşındaki kız çocuğu sol alt çene molar bölgesindeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu (Resim 1, 2). Ailesinin de yardımıyla alınan anamnezde çocukta herhangi bir sistemik rahatsızlığın olmadığı ve ilgili bölgedeki şişliğin 6 aydır olduğu fakat asimetri oluşuracak kadar büyüklüğe son 1 aydır ulaştığı öğrenildi. Çocukla kooperasyon kurulamaması nedeniyle subjektif semptomların değerlendirilmesi sadece ebeveynlerden alınan bilgiler doğrultusunda yapılabildi. Ağrı ve enfeksiyon belirtisi mevcut değildi ve lenfadenopati yoktu. Çocukta lezyonla ilgili şikâyetin, asimetri ve fonksiyon sırasındaki zorluk olduğu öğrenildi.

İntraoral muayenede, sol alt çene molar bölgesi vestibül yüzde 2,5 x 4,5 x 1,5cm boyutlarında yüzeyden kabarıklık lezyonla karşılaşıldı (Resim 3). İlgili bölgede süt 3 ve 4 nolu dişlerde derin çürükler ve 1. süt molarlarda ise aşırı kron harabiyeti mevcuttu. Ağız hijyeni oldukça kötüydü. Lezyon sapsız, ülser olmayan ve hiperemik bir görüntüye sahipti. Radyografik incelemede ilgili bölgedeki dekompoze köklerle beraber alveol kreti üzerinde az miktarda kemik rezorpsiyonu izlendi (Resim 4).



Resim 1: Hastanın ekstra-oral görünümü - I.



Resim 2: Hastanın ekstra oral-görünümü - II.



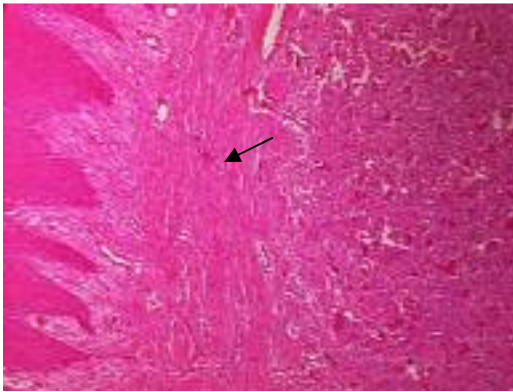
Resim 3: Lezyonun intra-oral görünümü



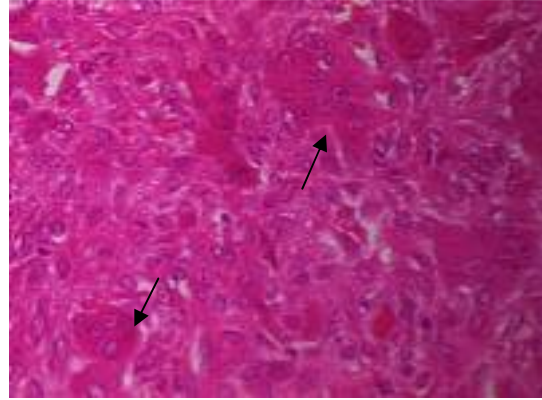
Resim 4: Hastanın panoramik radyografisi.

İntraoral ensizyonel biyopsi gerçekleştirildi ve histopatolojik inceleme sonucunda herhangi bir malign değişim saptanmadı. Daha sonra Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı yataklı servisinde genel anestezi altında hastanın süt 3, 4, 5 numaralı dişleri çekildi ve lezyon eksize edildi. İlgili bölge kürete edildikten sonra yara kenarları primer olarak sütüre edilerek operasyon sonlandırıldı. Post operatif dönem sorunsuzdu ve hasta 3. günün sonunda taburcu edildi. 1 hafta sonra kontrolü yapıldı ve sütürlar alındı.

Patolojik incelemede, yüzeyde çok katlı yassı epitel altında aktif endotelle döşeli artmış sayıda vasküler yapılar (Resim 5) ve osteoklast tipi multinükleer dev hücreleri bulunduran stroma izlenmektedir (Resim 6). Lezyonun Dev Hücreli Reperatif Granülom olduğu rapor edildi.



Resim 5: Lezyonun histopatolojik kesiti-I. Çok katlı yassı epitel ve vasküler yapılar görülmektedir (HE X 40).



Resim 6: Lezyonun histopatolojik kesiti-II. Multinükleer dev hücreler görülmektedir (HE X 200).

TARTIŞMA

Gingivadaki reaktif fokal büyümelerin, en büyük sebebi gingival bölgelerde oluşan irritasyonel faktörlerdir.⁵ Bugüne kadar gingival dokular dışında PHDG'ye rastlanıldığına dair bir vaka rapor edilmemiştir. Bu yüzden birçok araştırmacı, lezyonun periostun artmış irritasyonuna cevap olarak mukoperiosteumdan veya periodontal ligamentten kaynaklanabileceğini öne sürmüştür.^{3,5,6}

Fibroselüler cevabın, fibröz hiperplazi ve periferik ossifying fibroma gibi epulis benzeri lezyonlarla benzerlik gösterdiği saptanmıştır.⁵ Birçok lezyonda kalsifiye doku parçacıklarıyla karşılaşılır. Bu kalsifiye alanlar geç dönemde ortaya çıkmaktadır. Osteoblastlarca reaktif olarak oluşturuluyor olabilir.⁷ Lezyonda ortaya çıkan dev hücrelerin kaynağı henüz netlik kazanmamışken bu konuda otörlere ait çok çeşitli görüşler mevcuttur. Bu hücrelerin olası kaynakları arasında osteoblastlar, fagositler, endotelial hücreler ve spindle hücreleri sayılabilir.⁵⁻⁷

Büyük çapta lezyona sahip olanların yaş ortalaması, küçük çaptakilere sahip olanlarınkinden daha yüksek olmasına rağmen vakamız çapın büyüklüğü ve yaşın küçüklüğüyle bunun tam tersini gösteriyordu. Küçük ve büyük lezyonlara genellikle sırasıyla mandibula anterior ve molar bölgelerde karşılaşılmaktaydı. Maksillada görülme sıklığı oldukça azdı.^{3,5} Bayanların yapılan vaka analizleri doğrultusunda daha çok etkilendikleri ortaya çıkıyordu.⁶

PDHG lezyonlarında radyografik bulgular genelde dikkate değer değildir. Bunun sebebi lezyonun yumuşak dokuya ait olmasıdır ama irritasyonel faktör-

lerin ortaya çıkarılmasında radyografiden yararlanılabılır. Az sayıdaki literatürde, vakamızda olduğu gibi yüzeysel kemik rezorpsiyonu rapor edilmiştir.^{6,7} Bu rezorpsiyonun lokal iritan faktörler yüzünden meydana gelmiş enfeksiyondan dolayı olduğu düşünülmüştür. Bununla beraber aynı lezyonun santral yerleşimli olanında radyografi oldukça değerli bir tanı aracıdır.

Kfir ve ark.⁹ tarafından yapılan çalışmada, çok sayıda lezyonun büyüklüğü değerlendirilmiş ve lezyon büyüklüğü 0,1 - 3,0 cm arasında bulunmuştur. Bu çalışma göstermiştir ki birçok lezyon kısa zamanda fark edilerek eksize edildiği için büyük lezyonlara nadir rastlanıyordu. Hastamız sosyo-ekonomik şartları nedeniyle kliniğimize başvurmada gecikmiştir. Dolayısıyla lezyonun boyutu ortalamaların üzerindedir. Ayrıca vakamız görülmeye yaşı itibarıyla de nadirdir.

Bodner ve ark.³'ün yaptığı bir çalışmada ise büyük lezyonların görüldüğü hasta grubunun çoğunda ağız kuruluğuna rastlanmıştır. Tükürük kompozisyonundaki değişikliğe eşlik eden azalmış tükürük akışı, tükürüğün doku iyileşmesini hızlandırıcı, mekanik olarak mukozayı temizleyici ve mukozayı kayganlaştırıcı etkilerinin azalmasına sebep olur. Bunun sonucu oluşan, tükürüğün mukoza koruyuculuğundaki etkisinin azalması bu lezyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir.¹⁰ Vakamızda ise azalmış tükürük hızına ve dolayısıyla ağız kuruluğuna rastlanmadı.

KAYNAKLAR

1. Türker M, Yücetaş Ş: *Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, Özyurt Yayınları, Ankara, 2004. s 368-369.*
2. H.L. Jaffe, *Giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibroosseous) dysplasia of the jaw bones, Oral. Surg. 1953;6:159—175.*
3. Ünal M, Karabacak T, Vayisoğlu Y, Bağış HE, Pata YS, Akbas Y, *Central giant cell reparative granuloma of the mandible caused by a molar tooth extraction: Special reference to the maneuver of drilling the surgical field, Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2005;98:165-168.*
4. Lange J, Akker H, *Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;99:464-70.*

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 1997;83:548-51.*
6. 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 1988;17:94-9.*
7. Dayan D, Buchner A, Spierer S. *Bone formation in peripheral giant cell granuloma. J Periodontol 1990;61:444-6.*
8. Sharma RR, Verma A, Pawar SJ, Dev E, Devadas RV, Kumar V, Musa MM, *Pediatric giant cell granuloma of the temporal bone: a case report and brief review of the literature. Journal of Clinical Neuroscience 2002; 9:459-462.*
9. Kfir Y, Buchner A, Hartsen LS. *Reactive lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 741 cases. J Periodontol 1980;51:655-61.*
10. Kaplan MD, Banm BJ. *The function of saliva. Dysphagia. 1993;8:225-9.*

Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ASLAN

Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi

Anabilim Dalı - ERZURUM

Tel: (442) 2313562

Fax: (442) 2360945

e-mail: drmaslan@yahoo.com