

PALATİNAL YERLEŞİMLİ ORAL PİYOJENİK GRANÜLOMA: OLGU SUNUMU

ORAL PYOGENIC GRANULOMA LOCATED PALATALLY : A CASE REPORT

Dt. Bilal EGE*

Dt. Mehmet DEMİRKOL*

Dt. Aydın KESKİNRÜZGAR*

Doç. Dr. Mutan Hamdi ARAS*

Makale Kodu/Article code: 919

Makale Gönderilme tarihi: 09.10.2012

Kabul Tarihi: 05.03.2013

ÖZET

Piyojenik granüloma (PG); travmatik yaralanma, kronik ve düşük seviyeli lokal irritasyon veya hormonal faktörlere bağlı olarak gelişebilen, deri ve müköz membranın benign bir yumuşak doku tümörüdür. Ağız içerisinde dişeti, dudak, dil, palatinal ve bukkal mukozada görülebilen PG' ye en sık olarak dişetinde rastlanmaktadır. Bu vaka raporunda; 56 yaşında erkek hastada sol üst çene posterior bölgede palatinal mukozaya sert bir gıda maddesinin batması ve takibinde hasta tarafından bölgenin travmatize edilmesi sonucu oluşan piyojenik granüloma vakası ve cerrahi tedavisinin sunulması amaçlanmıştır. Postoperatif 6. ay kontrolü yapılan hastada herhangi bir nüks veya komplikasyon ile karşılaşmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Piyojenik granüloma, Travma, Lokal irritasyon.

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is a benign soft tissue tumor of the mucous membrane and skin occurring in response to a variety of stimuli such as traumatic injury, local irritation or hormonal factors. It can occur on the lips, tongue, palatal and buccal mucosa in the oral cavity; but commonly found in gingiva. In this case report, we presented 56-year-old male patient with oral lesion that arise as a result of sinking of a hard foodstuff to the palatal mucosa and irritated the same region. Surgical excision is the choice of treatment. During the control of postoperative 6th month, there was no recurrence or complication.

Keywords: Pyogenic granuloma, Trauma, Local irritation.

GİRİŞ

Piyojenik granüloma (PG) deri ve müköz membranın benign, reaktif inflamatuvar tümör benzeri bir lezyonudur.¹ Önceleri lezyonun mikotik bir enfeksiyon olduğuna ve atlardan bulaştığına inanılıyorken günümüzde lezyonun etyolojisinde genellikle kronik ve düşük seviyeli lokal irritasyon, kötü ağız hijyeni, dental plak, diş taşı, taşkın restorasyon gibi birçok çeşitli faktör bulunmaktadır.² Bunun aksine lezyonun adında geçen 'piyojenik' kelimesi ile bir ilişkisi bulunmamaktadır. Çünkü PG' ler enfekte alanlarda daha kolay gelişmekle beraber bakteriyel orjinli değildirler.³

Ağız içerisinde dişeti, dudak, dil, palatinal ve yanak mukozasında görülebilen lezyonlara, sıklıkla dişetinde ve tüm yaş aralığında özellikle de hayatın ikinci ve üçüncü dekatlarında rastlanır.² Kadınlarda erkeklere göre 2/1 oranında daha fazla görülmektedir. Bu duruma kadınlardaki hormonal değişikliklerin etkili olduğu bilinmektedir.⁴ Klinik olarak birkaç mm' den 2-3 cm' ye kadar değişik büyüklüklerde ortaya çıkabilen piyojenik granülomlar ağrısız, düz yüzeyle, saplı veya geniş tabanlı, lobüler veya nodüler görünümde olabilirler. Bunun yanında lezyon yüzeyi sıklıkla ülsere ve beyaz-sarımsı renkte fibrinöz membran ile örtülüdür. Rengi pembeden koyu kırmızıya, kahverengi ve mora kadar değişebilen bu lezyon

* Gaziantep Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, GAZİANTEP

Not: Bu çalışma Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği 18.Uluslararası Kongresi Poster Oturumunda sunulmuştur. (02-06 Ekim 2011, Antalya-Türkiye).



yumuşak kıvamda olup spontan veya irritasyon sonucu kolay bir şekilde kanayabilir.^{3,5}

Lezyonun ayırıcı teşhisinde periferik dev hücreli granülom, hemanjiyom, periferik ossifyan fibrom, metastatik kanser olguları, kaposi sarkomu, hiperplastik dişeti büyümesi, anjiyosarkom dikkate alınmalıdır.⁴ Temel tedavi yaklaşımı predispozan faktörlerin uzaklaştırılması ve/veya cerrahi eksizyon olmakla beraber ayrıca; krioterapi, lazer, elektrokoterizasyon, lezyon içine kortikosteroid veya etanol enjeksiyonu, skleroterapi gibi yöntemler de diğer tedavi seçenekleridir.

OLGU SUNUMU

56 yaşındaki erkek hasta, üst çene sol posterior bölge damak mukozasında şişlik, kanama, ağız kokusu ve huzursuzluk hissi şikayetleri ile Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi kliniğine başvurmuştur. Hastadan alınan anamnezde lezyonun yaklaşık 1 aydır var olduğu, damak mukozasına sert bir gıda maddesinin batması ve sonrasında hastanın o bölgeyi irrite etmesi sonucu meydana geldiği; başlangıçta küçük boyutta iken takip eden 15 gün içerisinde büyüdüğü öğrenildi. Sistemik olarak sağlıklı olan hastanın yapılan ağız içi muayenesinde maksiller sol büyük azı dişlerin palatinalinden orta hatta kadar uzanan, kabarık, yüzeysel kısmen ülser ve hiperemik görümlü, kırmızı-kahverengimsi renkte, birinci molar dişin palatinal mukozasına sap ile tutunmuş, yaklaşık olarak 3 cm çapında yumuşak kıvamlı ve spontan kanama gösteren lezyon tespit edildi (Resim 1). Ayrıca hastada generalize periodontitis varlığı ve lezyona komşu dişlerde mobilite saptandı.

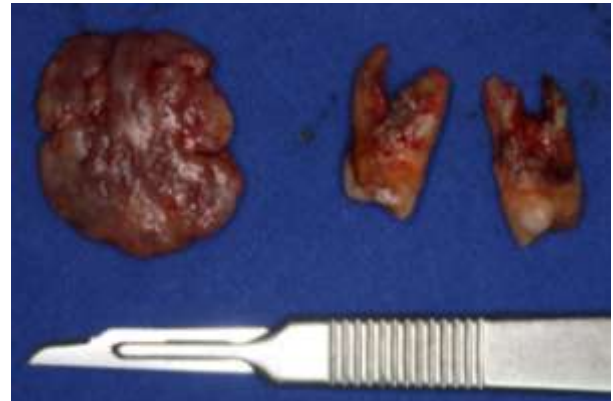


Resim 1. Lezyonun ağız içi görünümü

Radyografik muayenede ilgili bölgedeki molar dişlerde kemikte rezorbsiyon ve furkasyon defektleri görüldü (Resim 2). Lezyonun klinik ve radyografik değerlendirilmesinden sonra histopatolojik tanı ve buna dayalı tedavi planlamasının yapılabilmesi için lokal anestezi altında eksizyonel biyopsi yapıldı ve piyogenik granülom olarak rapor edildi. Biyopsi ile malignite riski elimine edilen lezyonun total eksizyonu ve komşu iki azı dişinin çekimi yapılarak (Resim 3) hastaya gerekli öneriler anlatıldı. Postoperatif 6. ay kontrolü yapılan hastada herhangi bir nüks ile karşılaşmamış olup, operasyon bölgesinin sorunsuz iyileştiği görülmüştür. Hasta isteği doğrultusunda eksik dişlerinin tedavisi amacıyla protetik diş tedavisi anabilim dalına yönlendirilmiştir (Resim 4).



Resim 2. Preoperatif panoramik radyografi



Resim 3. Cerrahi eksizyon sonrası lezyon ve komşu dişler



Resim 4. Postoperatif 6.ay ağız içi görünüm

TARTIŞMA

Piyojenik granülomlar ciltte ve oral kavitede görülebilen tümör benzeri kitlelerdir. Genelde asemptomatik seyirli olan bu lezyonlar yavaş büyürler. Ancak bazen hızlı bir şekilde ortaya çıkabilirler. De Giorgi ve ark.⁶ tarafından sunulan vakada 42 yaşında bir hastada herhangi bir travma öyküsü olmadan 2 ay gibi bir sürede hızla büyümüş PG bildirmiştir. PG'lerin boyutları genelde 0.5-1 cm arasında değişmekle beraber nadiren 2.5 cm' den büyük ebatlara ulaşırlar.² Bizim olgumuzda da lezyonun 15 gün gibi kısa bir süre içinde büyüdüğü ve boyutunun yaklaşık olarak 3 cm'ye ulaştığı öğrenilmiştir.

PG'ların oral kavitede sıklıkla dişetinde % 44.4-% 83 yerleşim gösterdiği saptanmıştır.^{2,7} Bununla birlikte dilde, bukkal ve palatinal mukozada da ortaya çıktığı literatürde rapor edilmiştir. Gordón-Núñez ve ark.⁸ 293 olgu değerlendirilmiş olup %83'ü dişetinde (özellikle üst çene), %5.3'ü dudak ve aynı yüzdeyle dilde, %4.2'si damak, %0.8'i yanak mukozası, % 0.4'ü ağız tabanında olarak bildirmişlerdir. Oral kavite dışında ise dudaklar, burun, el ve ayak parmakları gibi vücudun değişik bölgelerinde de karşılaşılabılır. 289 olgu üzerinde yapılan diğer bir çalışmada olguların %32.7'si dişetinde, %22.5'i parmaklarda, %20.4'ü dudaklarda, %12.3'ü yüzün çeşitli bölgelerinde, % 10'u ise dilde tespit edilmiştir.⁹ Ayrıca lezyonun; ciltte görülen doğumsal damar lekeleri olan porto şarabı lekesinden gelişebileceği gösterilmiş olup lezyona oral bölgeye nazaran nadiren de olsa gastrointestinal sistemde rastlanılmıştır.¹⁰

Genellikle iyi huylu olarak bilinseler de, nadiren de agresif karakterde olup çevre dokularda hasar

oluşturabilirler.⁶ Jaferzadeh ve ark.¹¹ lezyonun tutunduğu dişe komşu kemikte lokalize kemik rezorpsiyonu olduğunu bildirmişlerdir. Bizim vakamızda da lezyonla ilişkili sol üst birinci ve ikinci büyük azı dişlerinde komşu kemikte ileri derecede kemik kaybı, furkasyon defektleri ve mobilite görülmekteydi. Hastada generalize periodontitis bulunduğundan lezyonun bu durumla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Lezyonun yüzey epiteli genellikle ülseredir ve aşağıya doğru ince dallar verir. Erken oluşan lezyonlarda histopatolojik değerlendirmelerde çoğunlukla geniş çekirdekli endotelial hücreler ve vasküler kanallar mevcuttur. İtihazı hücreler stromaya dağınık halde bulunurken uzun süreli lezyonlar ise fibrötik yapıda olabilmektedir.¹² Bizim olgumuz da kısa sürede gelişmiş ve yüzeyinde yoğun aktinomiçes kolonizasyonu saptanmıştır. Ayırıcı teşhiste periferik dev hücreli granülom, hemanjiyom, periferik ossifying fibrom, hiperplastik dişeti büyümesi, anjiyosarkom gibi patolojilerde göz önünde bulundurulmalıdır.⁴ Bu anlamda ayırıcı tanının konulmasında histopatolojik inceleme ve klinik bulguların değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Etyolojisinde travma, lokal irritasyon veya hormonal faktörler bulunmaktadır. PG'ların tedavisinde lezyonun kemik lokal irritasyon faktörlerinin ortadan kaldırılması ve cerrahi eksizyon esastır.² Olgumuzda da lezyon sağlam dokuya kadar eksize edilerek komşu dişlerin çekimi ve bölgenin detaylı küretajı sonrası bölge primer kapatılmıştır. Diğer tedavi seçenekleri arasında kriyocerrahi, lazer (CO₂, Nd-YAG lazer), skleroterapi, elektrokoterizasyon yer almaktadır.^{13,14}

PG tedavisinde lezyonun sadece yüzeyel uzaklaştırıldığı durumlarda nüks oranı artmaktadır. Bu nedenle lezyonun cerrahi eksizyonu tüm sınırları içerecek şekilde yapılmalıdır. Literatürde yapılan çalışmalarda bu nüks oranı %3-%23 arasında değişmektedir.^{2,7,15} Krishnapillai ve ark.¹⁶ ise 215 vakalık derlemelerinde bu oranı % 14.88 olarak bildirmişlerdir. Bu anlamda postoperatif dönemde hasta takibi iyi yapılmalı ve rekürrens olasılığına karşın özellikle komşu diş yüzeylerinde bulunan tüm diş taşları temizlenmeli, lokalize bölgedeki periost ve kemiğin de uzaklaştırılarak nüks ihtimalinin azaltılması sağlanmalıdır.³

Sonuç olarak; PG'lerin hızlı gelişebileceği ve tedavisi sonrasında nüks ihtimalinin olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca olası diş kayıplarını ve

lezyonun daha büyük boyutlara ulaşmasını önleyebilmek için periodontal tedavi ve oral hijyen önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci 2006;48:167-75.
2. Al-Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:1285-8.
3. Ozbayrak S. Ağız Hastalıkları Atlası Tanı kriterleri, Ayırıcı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. 1 ed. İstanbul; Quintessence Yayınevi: 2003, 196.
4. Sills ES, Zegarelli DJ, Hoschander MM, Strider WE. Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor (pyogenic granuloma). J Reprod Med 1996;41:467-70.
5. Bhaskar SN, Jacoway JR. Pyogenic granuloma--clinical features, incidence, histology, and result of treatment: report of 242 cases. J Oral Surg 1966;24:391-8.
6. De Giorgi V, Setsini S, Nardini P, Carli P. A 42-year-old man with a rapidly growing lesion of the soft palate. CMAJ 2005;173:367.
7. Saravana GHL. Oral pyogenic granuloma. A review of 137 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 2009;47:318-9.
8. Gordón-Núñez MA, de Vasconcelos Carvalho M, Benevenuto TG, Lopes MF, Silva LM, Galvão HC. Oral pyogenic granuloma: a retrospective analysis of 293 cases in a Brazilian population. J Oral Maxillofac Surg 2010;68:2185-8.
9. Miettinen M, Weiss SW. Soft tissue tumors. In: Anderson's Pathology. 10 ed. St. Louis; Mosby: 1996. p. 2480-530.
10. Sheehan DJ, Leshner JL Jr. Pyogenic granuloma arising within a port-wine stain. Cutis 2004;73:175-80.
11. Jaferzadeh H, Sanatkhooni M. Regression of a lesion resembling pyogenic granuloma after endodontic treatment. Aust Endod J 2007;33:32-5.
12. Kurt A. İntraoral Fokal Reaktif Lezyonların Histopatolojik Analizi. J Dent Fac Atatürk Uni 2011;21:226-30.
13. Ichimiya M, Yoshikawa Y, Hamamoto Y, Muto M. Successful treatment of pyogenic granuloma with injection of absolute ethanol. J Dermatol 2004;31:342-4.
14. Moon SE, Hwang EJ, Cho KH. Treatment of pyogenic granuloma by sodium tetradecyl sulfate sclerotherapy. Arch Dermatol 2005;141:644-6.
15. Zain RB, Khoo SP, Yeo JF: Oral pyogenic granuloma (excluding pregnancy tumor)--a clinical analysis of 304 cases. Singapore Dent J 1995;20:8-10.
16. Krishnapillai R, Punnoose K, Angadi PV, Koneru A. Oral pyogenic granuloma--a review of 215 cases in a South Indian Teaching Hospital, Karnataka, over a period of 20 years. Oral Maxillofac Surg 2012;16:305-9.

Yazışma Adresi

Dt. Bilal EGE
Gaziantep Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD.
Şehitkâmil / GAZİANTEP
Tel : 0342 360 60 60/76600
E-mail: miregein@gmail.com
Faks: 0342 361 06 10

