

OLGU SUNUMU

ÇENEDE GÖRÜLEN DEV HÜCRELİ REPARATİF GRANÜLOMALAR

GIANT CELL REPERATIVE GRANULOMA OF THE JAW BONE

**Dr. Atilla GÜNGÖR (*), Dr. Ethem POYRAZOĞLU (*), Dr. Halil İ. EROL (*),
Dr. Hasan CANDAN (*), Dr. Şevket ÖZKAL (**), Dr. İlker YAZGIN (*)**

ÖZET: Dev Hücreli Reparatif Granüloma diğer kemiklerde de görülmekle birlikte özellikle maksilla ve mandibulayı etkileyen, patogeneii halen tanı olarak bilinmeyen nontümöral bir lezyondur. Diğer dev hücreli lezyonlardan ayrımı gerekir.

Bu yazıda maksilla ve mandibula yerleşimli Dev Hücreli reparatif Granüloma nedeni ile opere ettiğimiz 5 olgumuza ve bu konu ile ilgili bilgileri sunuyoruz.

Anahtar Sözcükler: Reparatif granüloma, maxilla, mandibula.

SUMMARY: Giant-Cell Reparative Granuloma (GCRG) is a nontumoral lesion, that especially affects maxilla, but it may be seen in other bony parts of the body. Its pathogenesis is not exactly known and differentiation of lesions from other giant-cell granulomas should be made.

In this article; we reviewed related literature and reported 5 cases who have been operated for GCRG involving maxilla and mandible.

Key Words: Reparative granuloma, maxilla, mandible.

GİRİŞ

1953'de ilk kez Jaffe; bu lezyonları kemiğin dev hücreli tümörlerinden ayırmak için Dev Hücreli Granüloma (DHG) terimini kullanmış ve kemik dokusunun travmaya verdiği proliferatif reaksiyonunun sonucu geliştiğini düşünmüştür. Brooke, granülomun genişleme ve çevre yapıları tahrip etme eğilimi nedeniyle "reparatif" terimini kullanmayı önermiştir (1,4, 6, 9),

Histopatolojik olarak, yumuşak dokuda multipl hemorajik fragmanlar vardır. Lezyon, kollagenle bifibroblastik ağdan ibarettir, fibroz stroma, hemorajik bölgeler, reaktif kemik ve kartilaj yapı ile karakterizedir. Tipik olarak, stromal hücreler hemosiderin içerirler. Fibroblastik iskelet içinde, birkaç lenfoid hücre ve birçok multinükleer dev hücreler ile karışık oval fibroblastlarla çevrelenmiş multipl odaklı hemoraji vardır. Bunlardaki rastgele dağılmış hemorajik ve zengin süllüler bölgeler, karakteristik granümatöz görünümü sunar.

Yumuşak, gevrek ve hemorajik görünüme sahip olan Dev Hücreli Reparatif Granüloma (DHRG) makroskopik olarak kolayca tanınmaktadır (1,4, 9). Dental yapılardan kaynaklanmayan nonodontojenik bir tümördür. DHG ya da DHRG kemiğin benign lezyonudur. Lokal agresyon gösterilebilir ve ilerlemiş vakalarda aşırı doku destruksiyonu ile sonuçlanabilir (10). Kemik içindeki litik lezyonlar genellikle yeni kemik oluşumu ile iyileşir ve skleroz gelişir. Tipik olarak maksilla ve mandibula gibi yüz kemiklerinde görülmekle birlikte; ethmoid, sfenoid, lemporal gibi kafa

kemiklerinde; el ve ayakların küçük kemiklerinde de görüldüğü bildirilmiştir (1,2,3,5,6,9). Bugüne kadar vertebra, pelvis ve büyük uzun kemiklerde görüldüğü rapor edilmiştir.(2). GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi KBB ve Diş Kliniklerince Mart 1993-Şubat 1995 tarihleri arasında opere edilen, beş DHG olgu sunulmuş ve bu konudaki güncel literatür gözden geçirilmiştir.

OLGULAR

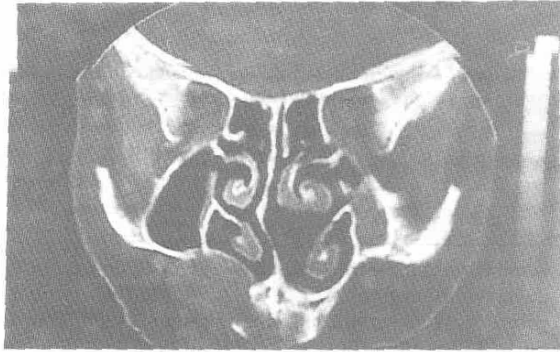
Olgu 1: (R, K, Ankara, 1971, erkek). Yaklaşık bir yıldır yüzünün sağ yanında şişlik olduğunu ifade eden hastanın Fizik Muayenesinde (FM) sağ maksiller kemikte önde, sert, mukoza ile kaplı kitle tespit edildi. Kitleden lokal anestezi altında alınan biopsi sonucunun DHRG gelmesi üzerine genel anestezi ile kitleye (20.5.1992/196) kanin diş hizasından başlanarak retromolar trigona kadar uzatılan serbest diş eti insizyonu ile girildi. Granülom dokusunun önde kemiği erode ettiği gözlemlendi. Kitle düzensiz ve kapsülsüz görünümde idi. Önde kanin diş hizasından, arkadaki diş hizasına kadar yayılmış, maksiller sinüs ön duvarını atake etmiş, maksiller sinüsün medial ve arka duvarına uzanmış olarak bulundu. Kitle normal kemik sınırlar bulunana kadar kürete edildi. Postoperatif defektli bölgeye protez yapılarak hastanın çiğneme, konuşma ve kozmetik problemleri düzeltildi. Rekürrens görülmedi.

Olgu 2: (B.A., 72 yaşında, bayan) Kliniğimize 29.3.1993 tarihinde müracaat etti. Müracaatından yaklaşık 2 ay kadar önce yüzünün sol tarafındaki şişlik ve ağrı şikayeti başlamış. Protezlerinin ağzına uymadığını ifade ediyor. FM'de total protezli, sol üst gingivobukkal sulcusta 2-3 cm. lik sert, mukoza ile kaplı kitle tespit edildi (Resim-1).

(*) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi KBB Servisi.

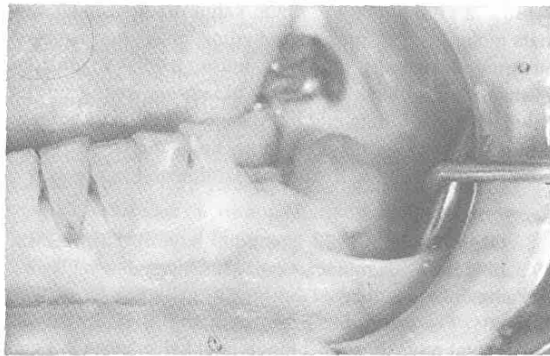
(**) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Diş Hastalıkları Servisi-İSTANBUL.

Paranasal Tomografide (18.2.1993); sol maksiller kemikte orta hattan bağlayıp alveolar processleri tutarak arkaya doğru uzanan, maksiller sinüs alt duvarı medyal bölümünü ve sert damağı içine alan litik lezyon tespit edildi. Lezyonun, solda sert damak destrüksiyonuna neden olduğu, sol nasal kavite ve kısmen maksiller sinüs içine lastiği görüldü. Lokal anestezi ile gingivobukkal sulkustan girilerek yapılan biopsi sonucu DHG tanısı kondu. Alkalen fosfataz, serum kalsiyum, fosfor ve parathormon düzeyleri normal bulundu. Kitleye genel anestezi ile (13.4.1993/Ameliyat No; 159) gingivobukkal sulkustan yapılan kesi ile girilerek, kitle normal kemik sınırlar bulunana kadar kürete edildi. Operasyonda kitlenin sol üst 1. premolar diş hizasında yerleştiği görüldü. İki yıldır takip edilen hastada halen rekürrens görülmedi.



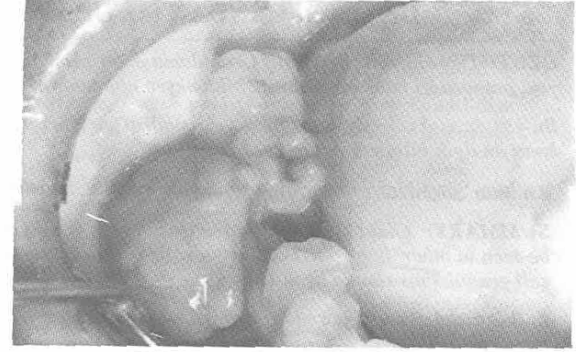
Resim 1: 2. inci olgunun BT'si

Olgu 3: (Ü.A., 45 yaşında bayan). Kliniğimize Temmuz 1994'te müracaat eden hasta sol alt dişlerin diş yanındaki şişlikten şikayetçi olup FM'sinde mandibula sol 2. premolar ile 1. molar dişsiz alveolar krete mukoza ile kaplı, 1-2 cm boyutlarında, vegetan kitle tespit edildi. Periapikal radyografide kitlenin kemik yapı içinde gelişmiş olduğu tespit edildi (Resim -3). Lokal anestezi altında (4.7.1994/5980) kürete edilerek patolojiye gönderildi ve tanı DHRG idi. Hastalığın nedeninin parsiyel protezin kronik travmasına bağlı olduğu düşünüldü. DHRG'un periferik tipte olduğu görüldü.



Resim 2: 3. üncü olgunun resmi.

Olgu 4: (A.E.A., 24 yaşında erkek). Kliniğimize Eylül 1994'te müracaat eden hasta sağ alt dişlerin yan kısmında, altı aydır var olan ağrısız şişlikten şikayetçi idi. FM'de mandibulada sağ 1. molar dişin bukkal kısmında, 2-3 cm boyutlarında, sağlam mukoza ile örtülü, sulkusu tamamen dolduran, vegetan kitle tespit edildi (Resim -4). Bu olaya aşırı kron harabiyeti olan kronik enfeksiyonla 1. molar dişin sebep olduğu düşünüldü. Bu diş çekildi (27.9.1994/9214) ve intraosseöz uzantısı olan kitle kürete edildi. Bu vakada da DHRG periferik yerleşimli idi. Halen hasta sorunsuzdur.



Resim 3: 4. üncü olgunun görünümü

Olgu 5: (B.K., 21 yaşında erkek). 26.1.1995 tarihinde Kliniğimize müracaat eden hastada beş yıldan beri damağının sağ tarafında ağrılı şişlik varmış. Daha önce başka bir hastanede gingivobukkal sulkus ensizyonu ile girilerek yapılan ameliyat ile tedavi edilmiş, ancak daha sonra şişlik daha da artmış. FM'de sağ yanak ve sert damak sağ yanında orta hatta kadar itilme, sağ gingivobukkal sulkusta silinme tespit edildi (Resim -2). Paranasal Tomografide (1.2.1995/638). maksiller sinüs sağ bölümde, ağız boşluğu ile maksiller sinüs arasındaki kemik yapıyı tamamen destrükte eden, düzensiz sınırlı destrüksiyon ve detektif görünüm tespit edildi. Kontrastlı çalışmada kontrast tutulumu gösteren solid lezyonun alt ön bölümde maksilla komşuluğundaki yağlı plana uzanım gösterdiği dikkati çekti. Tüm kan biokimyası normal olarak bulunan hastaya sağ gingivobukkal sulkustan girilerek alınan biopside Reparatif Dev Hücreli Granülom tanısı kondu. Serbest dişeti ensizyonu (27.3.1995/156) ile girilerek normal kemik sınırlar bulunana kadar kürete edilen kitlenin, sağ üst 1. ve 2. premolar dişler bölgesinde yerleşmiş ve geride pterigopalatin fossaya kadar uzandığı görüldü. Hasta halen takiptedir



Resim 4: 5. inci olgunun BT'si

TARTIŞMA

DHRG'lar kemikteki lokalizasyonlarına bağlı olarak santral ve periferik olmak üzere ikiye ayrılırlar (1,2, 6). Santral lezyonlar, kemik içinde gelişirler ve genellikle mandibula ve maksillada bulunurlar. Baş ve boyun bölgesinden gelişen tüm DHRG'ların % 78'i mandibuladan kaynaklanır. Genellikle birinci molar dişlerin ön bölgesinde yerleşirler. Santral DHRG tanısı konan üç vakamızda yerleşim maksillada birinci premolar diş bölgesinde idi. Periferik olanlar oral kavite içinde gingiva ve alveolar mukozada gelişirler ve "Dev Hücreli Epulis" adını alırlar. Santral ve periferik lezyonlar birbirinden histolojik olarak ayırt edilemezler (3, 4, 6). Periferik lezyonların kemik erozyonu yapması nadirdir, geniş ya da ince bir saplan vardır, kırmızı ile kırmızı-mavimsi renkte squamous epitel ile örtülüdürler ve sıklıkla bu epitel ülseredir (3). Periferik lezyonların kemik erozyonu yapması nadirdir, geniş ya da ince bir saplan vardır, kırmızı ile kırmızı-mavimsi renkte squamous epitel ile örtülüdürler ve sıklıkla bu epitel ülseredir (3). Periferik DHRG tanısı konan iki olgumuzdaki yerleşim yeri mandibulanın 1. molar diş bölgesinde idi ve kemikte destrüksiyon yoktu.

Batsakis'e göre, periferik DHRG, santral olanlardan 4 kez daha fazla görülür (2, 4, 6, 9). Vakalarımızın üçünün santral, ikisinin periferik olmasını olgu sayısının azlığına bağlıyoruz.

Çenenin tüm benign tümörleri içinde DHRG'ları görülme sıklığı % 7'den daha azdır. Lezyon her yaşla görülebilmekle beraber genellikle genç erişkinlerde ve daha çok 2. ve 3. dekada görülür. Görülme sıklığı kadınlarda biraz daha fazladır. Hamilelikte, lezyonun artış ya da rekürrens gösterdiği tespit edilmiştir (1,2, 3, 4, 6, 9). Hastalarımızın ikisi bayan, üçü erkek olup erkek hastalarda ortalama yaş 23, bayan hastalarda ise 60 idi.

DHRG'un patogenezi, hala tartışmalı olup, Jaffe tarafından "orijinal tamir teorisi" öne sürülmüştür. Jaffe'ye göre, travmaya hiperplastik, reparatif bir cevaptır ve genellikle bu cevaba vasküler katılım da vardır. Ancak bazı otörler reparatif terimini kabul etmezler, onlara göre lezyon nonneoplastik ama proliferatif, hatta destrüktiftir (1, 2).

Katz ve Hirschl, mikrohemorajiyi arttıran lokal kronik enfamasyonun, reparatif süreci oluşturduğunu öne sürmüşlerdir (1,4, 7). Hastalarımızın ikisinde kronik irritasyona neden olan sağlıklı total protezin olması, birinde diş çekim hikayesinin, birinde hem diş çekim hikayesi hem de lezyon içinde gömülü 20. yaş dişinin olması, birinde ise enfeksiyonlu ve kronik iritasyonun, hastalığın oluşumundaki ana etken olduğu yönündeki görüşleri desteklemektedir.

Ayrıntılı tanıda; kemikte dev hücreli lezyonlara neden olan hastalıklar düşünülmelidir. Bu hastalıklardan, Brown Tümörü; hiperparatiroidizm ile birlikte görülür ve biyokimyasal anormallikler vardır. Dev Hücreli Tümör, en çok üç ile dördüncü dekada görülür, asıl bulgunun ağrı olması, uzun kemiklerde daha sık görülmesi, histolojik olarak dev hücrelerin daha çok olması, hemorajik alanların ve yeni kemik yapımının nadir olması ile kolaylıkla tanınabilir.

Herediler Fibroz Displazi (Cherubism) otosomal dominant kongenital bir hastalıktır ve lezyon çene köşelerinde simetrik bulunur. Lokal hemodinamik değişikliklere bağlı olan Anevrizmal Kemik Kisti ise histolojik özellikleri ile DHRG'dan gerek klinik, gerek patolojik, gerek biyokimyasal olarak kolaylıkla ayırt edilebilir (1, 2, 3, 4, 5, 6, S, 9)

DHRG'nın spesifik laboratuvar bulgusu yoktur. Ancak, rimer ve sekonder hiperparatiroidizmden ayırmak için laboratuvar testleri gereklidir (4, 7, 8). Primer hiperparatiroidizmde; serum kalsiyum, alkalen fosfat, parathormon düzeyleri artmış, serum fosfat düzeyi ise düşmüştür. Boyunun ultrason incelemesi ile paratiroid adenomunu etsipt edilebilir. Sekonder hiperparatiroidizm düşünülüyorsa renal değerlendirme yapılmalıdır. Vakalarımızın hepsinde tüm kan biyokimyası normal olarak değerlendirildi.

DHRG'da semptomlar büyüyen lezyonun lokalizasyonuna ve agresivitesine bağlı olarak değişkendir. Lokal şişlik, ağrı, hassasiyet, anestezi, has ağrısı, diplopi, episplaksis gibi bulgular tanımlanmıştır. Bizim vakalarımızda ana bulgu lokal şişlik ve ağrı idi. (1,3, 6).

Radyolojik görüntülemeler içinde en değerli bilgiyi Bilgisayarlı Tomografi (ST) verir. BT'de, tipik olarak kemikte litik lezyonlar şeklinde görülür. Kemik inceleyerek genişleyebilir veya bazen lezyon korteksin ötesine geçebilir. Kalsifikasyon, ossifikasyon ya da her ikisi birden görülür ve genişleyen kitle komşu yapılarla doğru ilerler. Dişlerde displasman, diş köklerinin rezorbsiyonundan daha sık olarak görülür. Ancak dişlerin lamina duralarında rezorbsiyon meydana gelebilir. DHRG genelde mandibula ve maksillanın ön tarafında görülür. Radyolusen defektler komşu normal kemikten, keskin bir sınırla ayrılır. Radyolusen alan içindeki artmış dansiteli bölgeler kalsifikasyon ve /veya osteoid ürtimine bağlı olarak görülebilirler (Bu lezyonların % 30- % 75'i kemik, osteoid veya kalsifikasyon içerir), sinüslerdeki radyolojik bulgular nonspesifikür. Kalsifikasyon ve/veya osteoit görülürse fibrooskoz lezyondan şüphelenilmelidir (3. 4, 5. 6). Tomografisi yapılan santral DHRG'ın üç olgumuzun BT'sinde, lezyonun kemikte destrüksiyon yaptığı ve maksiler sinüs içine uzandığı görüldü.

Tedavi, etkilenen kemik bölgesinin küretajından ibarettir, DHRG kendi kendini sınırlayabilir veya spontan olarak küçülebilir. Dev hücreli tümörde ise spontan küçülme ve kendini sınırlama yoktur (1, 2, 3, 4, 8).

Geniş lokal yayılım veya yetersiz küretaj sonrası % 12-16 oranında rekürrens gelişir. Rekürrenslar tekrarlayan lokal kürelajlarla tedavi edilirler (1, 2, 4, 8). Oysa Kemğin Dev Hücreli Tümörünü nü tedavisi daha radikal olmalıdır. Çünkü rekürrens ve malign transformasyon daha fazladır (1, 2).

Kitlenin tamamen çıkarılması imkansızsa düşük dozda yüksek voltaj radyoterapi ile birlikte parsiyel küretaj yapılmalıdır. Bu yeterli tedaviyi sağlayabilir. Ancak radyoterapinin osteojenik sarkom geliştirme riski vardır. Austin, DHRG'lı vakalarını radyoterapi ile tedavi ettiğini ama 9 yıl sonra aynı yerde osteojenik sarkom geliştiğini bildirmişti (1,2,3,4)."

Nüksler dahil sanıra) yerleşimli DHRG'lar genel, periterik olanları da lokal anestezi ile kürete edildi, hiçbirine radyoterapi uygulanmadı.

Yazışma Adresi: Dr. Atila GÜNGÖR
GATA Haydarpaşa Eğit. Hast.
KBB Servisi - İSTANBUL

KAYNAKLAR

1. ALAPPAT J.P., MARTMANDA P., PRASANNA-SAMBASIVAN M: Giant Cell Reparative Granuloma of teh Craniofacial Complex: Case report and Review of the Literature, British Journal of Neurosurgery, 6, 71- 74- 1992.
2. CIAPPETTA P-, SAL VAT! M., BERNAKDI C., RACÜ A-, LORENZO N.D.: Giatnt Cell Reparative Granuloma of the Skull Base Mimicking an Intracranial Tumor. Surg. Neurol., 33:52-56, 1990.
3. GOVETT G.S., AMEDEE R.G.: Giant Cell Reparative Granuloma Presenting as a Midline Nasal Mass, Ear Nose Throat Journal,70(3), 137-139, 1991.
4. HIRSCHL S., KATZ A.: Giant Cell Reparative Granuloma Outsilde the Jaw Bone Hum. Pathol., 5: 171- 181, 1974,
5. LEWIS M.L., WEBER A.L., MCKENNA M.J.; Reparative Cell Granuloma of the temporal Bone, Ann Otol RhinolLaryngoI. 103- 826- 828, 1994.
6. RHEA J.T., WEBER A.L.: Giant Cell Granuloma of the Sinuses, Radiology, 147 (I), 135- 137, April -J9S3.
7. SEBAG J., CHAPMAN P., TRUMAN J., RIEMERSMA R.R.: Giant Cell Granuloma of the Orbit with Jntracranial Extension, Netirosurgery, vol. 1^, 75- 78, 1985.
8. SMITH G.A., WARD P.H.: Giant Cell Lesion of the Facial Skeleton, Arch Otolaryngo], vol- 104. 186- 190, April 197K.
9. SOM P. M., LAWSON W., COHEN B.A.; Giant Cell Lesion of the Facial Bones radiology, 147(1), 129- 134, April. 1983.
10. TALLANE.M., OLSEN K.D., MACCAFFREY T.V., UNNI K.K., LUND B.A.: Advanced Giant Cell Granuloma: a Twenty- year Study. [Review], Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 110 (4): 413-418, April- 1994.