

OLGU SUNUMU

SANTRAL DEV HÜCRELİ GRANÜLOMA

CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA

Dr. Ayhan GÖKLER (*), Dr. Gülbey TÜRKÖĞLU (*), Dr Gürkan TAŞKOPARAN(*)

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 51-53

ÖZET : Santral dev hücreli granüloma fasial deformite gelişmesine ve dişlerin yer değiştirmesi için büyük potansiyele sahip bir tümördür.

Tümörün davranış ve sebebi hala bir tartışma konusu olmasına rağmen erken teşhis ve tedavisi çok büyük önceliğe sahiptir. Biz burada sol maksillasında büyük bir dev hücreli granüloması olan bir hastayı sunup klinik, histolojik ve radyolojik görünüm ve uygun tedavisini son literatür ışığında inceledik.

Anahtar Sözcükler : Maksiller granüloma. Santral dev hücreli granüloma

SUMMARY : The central giant cell granuloma is a tumor that has great potential for the displacement of teeth and the development of a facial deformity. Although its cause and behavior are still matter for discussion, its early diagnosis and treatment are a priority. We describe a patient with a large benign central giant cell granuloma of the left maxilla. The clinical, radiographic and histologic appearance, as well as the appropriate treatment, are discussed in light of the current literature,

Key Words : Maxillar granuloma, central giant cell granuloma

GİRİŞ

Santral dev hücreli granüloma (Central Giant Cell Granuloma (CGCG)) çenenin ortak reaktif non-neoplastik bir lezyonudur (6).

1953'te Jaffe histolojik olarak benzer olmalarına rağmen bu lezyonların uzun kemiklerin epifizlerinde görülen Giant Cell tümörlerinden ayırdı. Jaffe bu çene lezyonlarının gerçek bir tümör olmadığını lokal perative bir reaksiyon olduğunu savundu. Bu kavram 1953'ten beri kabul gördü ve bu lezyonlar Giant Cell granülom olarak tanımlandı. (9). CGCG lezyonları asemptomatik olarak yavaş büyüyen, rutin X-R incelemelerinde tanınan lezyonlardır. Tümörün hızlı geliştiği durumlarda ağrı ve diş rezorbsiyonu ve yüksek rekürrens hızı ile tanınırlar. CGCG periferik veya santral olmak üzere iki tiptir. Santral tipi uzun kemiklerden menşei alır ve yaşamın ikinci on yılından önce ortaya çıkar. Periferik olanlar ise genellikle ikinci dekatta görülür. X-R

olarak bu lezyonlar unilobular olabilir.

CGCG çocuklarda ve gençlerde sık görülmesine rağmen herhangi bir yaşta da ortaya çıkabilir. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Hamilelik lezyonun şiddetini ve rekürrensini artırır. (8). CGCG genellikle yüz kemiklerinde görülür, fakat idğer kemiklerde (temporal. sfenoid. atmoid) de görüldüğüne dair raporlar vardır. CGCG klinik olarak ağrı, diş köklerinde rezorbsiyon, kemik korteksinde destrüksiyon ve küretaj tedavisinden sonra rekürrens eğilimi ile tanınır. (2)

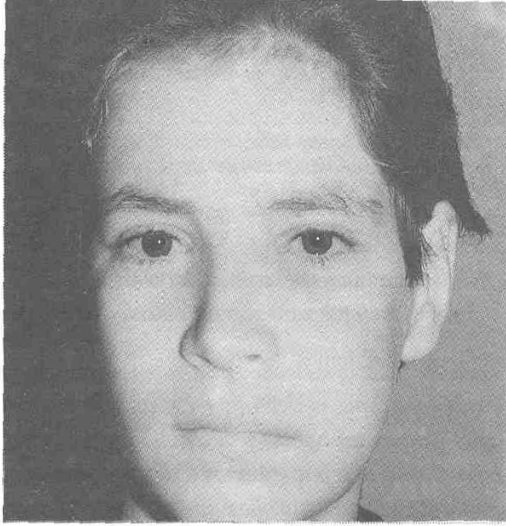
OLGU SUNUMU

14 yaşında erkek hasta yaklaşık 4 aydır yüzün sol yanak bölgesinde şişlik ve bir aydır da solda burun tıkanıklığı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.

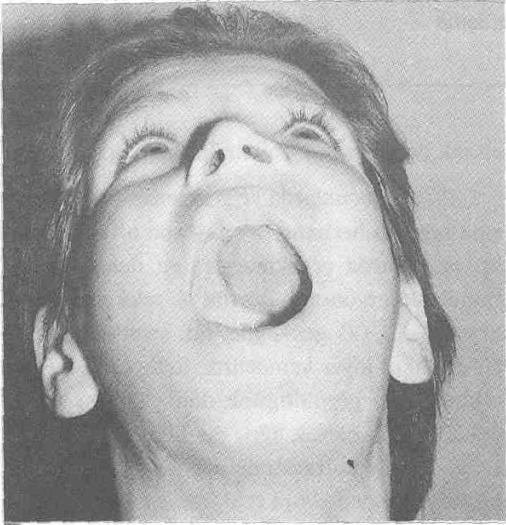
Yapılan fiziki muayenesinde inspeksiyonda yüzde solda şişlik nedeniyle asimetri, palpasyonla ağrısız şişlik tespit edildi. Oral muayenesinde sol üst azı dişinde antruma doğru lüksas-

(*) SSK Ankara Hastanesi KBB Kliniği - ANKARA

yon, üst alveolar kemerde destrüksiyon ve solda sert damağı tamamen tutan ağrısız, sınırlan düzgün olan, yaklaşık 5x6 cm boyutlarında, üzerindeki mukoza doğal olan kitle tespit edildi. (Resim 1. 2)



Resim 1 : Kitle nedeniyle yüzde asimetri



Resim 2 : Kitlenin, ağız içindeki görünümü.

Yapılan paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde : sol maksiller sinüsü dolduran kistik kıvamda, altta sert damağı, üst alveolar kemeri ve solda nazal septumu destrükte eden, orbite invazyonu yapmayan kitle saptandı.

Ağız içindeki kitleden yapılan insizyonel biyopsi sonucu Giant Cell granüloma olarak rapor edildi.

İstenilen laboratuvar tetkikleri : Alkalen Fosfataz : 137 O/L (34-135), Kalsiyum : 4.6 mEq/L (.5-5.5), Fosfor : 6.4 mg/dl (2.5-4.2), PTH ; 17.9 pg/ml (8-35). Diğer tetkikleri normal sınırlarda bulundu. Lateral rhinotomy yaklaşımıyla kitle total olarak eksize edildi. Operasyon esnasında tümoral kitlenin solda üst alveolar kemeri, sert damağı ve burun septumu destrükte ettiği görüldü. Orbita tabanı ve ethmoido hücreler normaldi.

TARTIŞMA

CGCG tipik olarak multiloculer radyolucent lezyon olarak görülür. Lezyon genellikle dişlere yakın yer almasına rağmen CGCG bazı durumlarda edentulus hastalarda rapor edildi. Bu lezyonlar genellikle mandibulada ortaya çıkan (%67), maxillada ise %31 oranında görülür (6). Mandibula ve maxillanın genellikle anterior segmentinde olur, mandibulanın anterior bölgesinde bu lezyonlar orta hattı geçer. CGCG yalnızca bir vaka olarak kafa tabanında rapor edilmiş (4).

CGCG klinik olarak yeterli büyüklüğe eriştiğinde radyografide kemik korteksinde reformite belirgin hal alır. Lezyonun büyümesiyle birlikte fasial deformite ve dişlerde yer değiştirmesi ve rezorbsiyon görülür.

CGCG de radyolucent olarak sınılan belirgin olur. Daha küçük lezyonlar unilocular olur. lezyon büyüdükçe ince kemik saptanan belirgin özellik haline gelir (1;3).

Histolojik olarak CGCG de spindle şekilli fibroblastlardan oluşan uniform bir stroma ile birlikte görülür. Bu stroma içerisinde kanama odakları ve vasküler kanallar etrafında toplanan multinuclear Giant celler bulunur. Giant cell in varlığı değişkendir ve çoğu kez konnektive doku stroması boyunca yayılır (6, 9).

CGCG nin histolojik görünümü hiperparatiroidizm, Browns tümörü, fibröz displaziler, cheribusim, anevrizmal kemik kisti ve kemiğin Paget hastalığı ile karışabilir. Ayırıcı tanı dikkat edilecek hususlar :

1) Hiperparatiroidizm de - serum Ca, AP orta derecede artma ve Fosforda orta derecede azalma görülür.

2) Paget hastalığında - CGCG li hastanın genç olması nedeniyle hemen ayırt edilir.

3) Anevrizmal kemik kistinde - fibröz septalarla beraber boşlukları dolduran kanlar ve endotelyal olmayan histolojik görünüşü farklıdır.

4) Cheribusim - otosomal dominant, daima bilateral, mandibula açıklarını etkileyen, bazende maxillary tutan melek yüz görünümündedir.

5) Fibröz displazide - lezyon kemiğin santal parçasından gelişir. (8)

CGCG nin tedavisi etkilenmiş alanın tam bir küretajından ibarettir. Rekkürens oranı %10-%15 arasında değişmesine rağmen, lokal olarak aggressive seyredir (5).

CGCG da daha yüksek rekkürensese sahip belirgin büyüklükte yüksek aggressive lezyonlarda en blok rezeksiyon düşünülür.

Nadir durumlarda lezyonun lokalizasyon yüzünden tam çıkarılma mümkün olmadığı cerrahi prosedürle birlikte radyoterapi kombine edilebilir (6). Bununla birlikte CGCG nin sarkomatöz potansiyeli yüzünden dikkatle izlenmelidir (7).

Yazışma Adresi : Dr. Ayhan GÖKLER
SSK Ankara Hastanesi
KBB Kliniği
Dışkapı - ANKARA

KAYNAKLAR

1. COHEN M, HERTZANU Y : Radiologic features. including those seen with computed tomography, of the giant cell granuloma of the jaw. 1988; 65:255-62.
2. FICARRA G, SAPP J., AND EVERSOLE LR : Multiple Peripheral odontogenic fibroma, World Health organization type, and central giant cell granuloma, Oral Maxillofac. Surg. 1993 51:325-328,
3. JACOB P., ALAPPAT A., MARTHANDA D., PARASANNA AND M. SAMBASIVAN : Giant cell reparative granuloma of the craniofacial complex case report. British Journal of Neurosurgery 1992:71-74.
4. KANGAR G.E, NIAMTU J. SVISKY J.A., CHERUBISM : Diagnosis. treatment and comparison with central giant cell granulomas and giant cell tumors. Oral Surg. Oral Med, Oral Pathol. 1992:73 369-74.
5. PEUFOLD CN. CULLAGH PMC, EVESON J.W., RAMSOY A: Giant cell lesions complicating fibroosseous conditions of the jaws. J. Oral Maxillofac. Surg. 1993 22 : 158-162.
6. POTTER BJ AND TNER B.D.. Ga.A and ANTONIO S : Central giant cell granuloma. oral Surg. Oral med, Oral pathol. 1993; 75:2H6-9.
7. SMITH P., MARROGI A., DELFINO J. : Multifocal Central giant. cell lesions of the maxillofacial skeleton. J. Oral maxillofac. Surg. 1990; 48:30-5.
8. TOLLER M.Ö, KARACA I : Mandibular central giant cell granuloma associated with sclerosing -osteomyelitis of Garre (periostitis ossificans) case report. Australian Dental Journal 1993; 38(2) 1991-24.
9. WHITHAKER S.B. AND WARIX>RON CA, MARGANTOW W.Va and GA A : Central giant cell lesions of the jaws. Oral Surg. Oral Med. Oral fathol. 1993: 75 : 199-208.