

# Maksiller Santral Dev Hücreli Granüloma: Olgu Sunumu

## Maxillary Central Giant Cell Granuloma

\*Dr. Yusuf HIDİR, \*Dr. Abdullah DURMAZ, \*\*Dr. M. Salih DEVECİ, \*Sergül ULUS, \*Dr. Mustafa GEREK

\* GATA, KBB AD,  
\*\* GATA, Patoloji AD, Ankara

### ÖZET

Santral dev hücreli granüloma nadir görülen, benign ancak lokal agresif seyir gösteren bir kemik tümörüdür. Mandibula tutulumu maksillaya göre daha sıktır. Genellikle çocukluk çağı ve genç erişkinlerde görülür. Lezyonlar yavaş büyüme gösterebildiği gibi hızlı seyir de gösterebilir. Ayırıcı tanıda radiküler kistler, odontojenik kistler, Brown tümörü ve fibröz displazi akılda tutulmalıdır. Bilgisayarlı tomografide kemik destrüksiyonuyla birlikte mineralizasyon alanları dikkat çeker. Bu lezyonlar; küretaj, rezeksiyon ve lezyon içine steroid uygulaması ile tedavi edilebilmektedir. Nadir görülen bu lezyonun ayırıcı tanısında bilgisayarlı tomografi oldukça yararlıdır ve cerrahi tedavi ile tatminkar sonuçlar elde edilebilir. Bu yazıda, cerrahi olarak tedavi edilen maksiller santral dev hücreli granüloma olgusu sunulmuştur.

#### Anahtar Sözcükler

Granülom, dev hücreli; maksilla; kemik ve kemikler

### ABSTRACT

Central giant cell granuloma is a rare, locally aggressive benign bone tumor. Mandibular involvement is more frequent than maxilla. It is usually seen in the childhood and adolescence. These lesions may grow rapidly or slowly. Radicular cysts, odontogenic cysts, Brown tumors and fibrous dysplasia should be kept in mind in the differential diagnosis. Areas of bone destruction together with new bone formation are seen in the computerized tomography. Central giant cell granuloma may be treated by curettage, resection or intralesional corticosteroid injection. Computerized tomography is a useful diagnostic tool in the differential diagnosis. Satisfactory results may be obtained by surgical therapy. In this paper, a patient with central giant cell granuloma of the maxilla who was treated by en-bloc resection is presented.

#### Keywords

Granuloma, giant cell; maxilla; bone and bones

**Bu makale Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı 7. Akademi Toplantısı'nda poster sunu olarak sunulmak üzere teklif edilmiştir.**

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 27.03.2009

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 30.09.2009



Yazışma Adresi

Dr. Yusuf HIDİR

GATA, KBB AD, Ankara

Tel: 0312. 3045731, 0536 3216203

Faks: 0312 3045700

e-posta: yusufhidir@yahoo.com

## GİRİŞ

Jaffe 1953'te çene kemiklerini tutan ve dev hücreli tümörden farklı bir lezyon olan benign karakterli dev hücreli granülomu tanımladı.<sup>1</sup> İdiopatik, non-neoplastik proliferatif, intraosseöz bir lezyon olan santral dev hücreli granüloma, histopatolojik olarak fibröz doku içerisinde kümelenmiş multinükleer dev hücreler ve birden fazla kanama odakları ile karakterizedir.<sup>2</sup> Aynı zamanda kemiğin reparatif dev hücreli granülomu da denen bu lezyonun intramedüller hemoraji veya travmaya bağlı olabileceği ileri sürülmüştür.<sup>1,2</sup> Nadir karşılaşılan santral dev hücreli granüloma, mandibula tutulumu maksillaya göre daha siktir. Genellikle çocukluk çağı ve genç erişkinlerde görülür.<sup>3</sup> Santral dev hücreli granüloma, histopatolojik olarak primer ve sekonder hiperparatiroidide görülen Brown tümörüne benzer. Benign olmasına rağmen lokal agresif davranış gösterir. Mandibula tutulumunun daha fazla olması nedeniyle olgular sıklıkla diş hekimlerine başvurumaktadırlar.

Bu makalede, tek taraflı maksillayı tutan santral dev hücreli granüloma olgusu sunulmuştur. Tanı, tedavi ve radyolojik görüntüleme yöntemleri tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

İki aydır sol yanağında giderek büyüyen şişlik şikayeti olan 24 yaşında erkek hasta kliniğimize müracaat etti. Olgu yanağındaki kitleyi dört ay önce fark etmişti ve iki aydır hızlı büyüdüğünü ifade etmekteydi. Olguda travma ve diş çekimi öyküsü yoktu. Medikal ve aile öyküsünde belirgin özellik yoktu. Başka bir merkezde sol üst gingivobukkal bölgeden yapılan insizyonla maksilla ön duvarından punch biyopsi yapılmıştı. Histopatolojik incelemede santral dev hücreli granüloma tanısı konulan hasta polikliniğimize yönlendirilmişti. Yapılan fizik muayenede sol maksiller bölgede genişlemeye ve nazolabial sulkusun silinmesine neden olan ağrısız kitle tespit edildi. Kitle üzerindeki cilt normal görünümdeydi. Palpasyonla, kitle lastik kıvamındaydı ve baş boyun bölgesinde lenfadenopati saptanmadı. Oral kavite muayenesinde sol üst ön dişlerde hassasiyet vardı. Nazal endoskopik muayene ve diğer baş boyun muayeneleri normaldi. Serum iyonize kalsiyum değerinde, tiroid ve paratiroid glandların ultrasonografi ile değerlendirilmesinde patoloji saptanmadı. Aksiyel ve koronal kesit paranazal sinus bilgisayarlı tomografide sol maksiller sinüsü dolduran,

maksiller sinus lateral ve inferior kemik duvarında destrüksiyona neden olan, yer yer mineralizasyon alanları içeren heterojen kitle lezyonu izlendi (Resim 1 ve 2). Sert damakta radyolojik olarak kemik destrüksiyon görülmesine rağmen sert damak mukozası normal görünümdeydi. Kitlenin genel anestezi altında çıkarılmasına karar verildi. Sol üst gingivobukkal sulkus insizyonunu takiben mukoza ve periost eleve edilerek maksilla ön duvarına ulaşıldı. Maksilla kemik ön duvarının tamamına yakınına destrükte etmiş düzgün yüzeyli yumuşak kıvamlı kitle ile karşılaşıldı (Resim 3). Kitle periost elevatörü yardımıyla medial, superior ve lateral duvarlardan serbestleştirildi. Kitlenin anteroinferior da diş köklerine uzandığı görüldü. Diş ve çene cerrahisi konsültasyonu sonucu sol üst kanin, 4,5 ve 6. dişler çekildi ve kitle çıkarıldı. Kitle kolay parçalan-



**Resim 1.** Koronal kesit paranazal sinus bilgisayarlı tomografide solda maksiller sinüs lateral ve inferior kemik duvarında destrüksiyona (oklar) ve yanakta ekspansiyona neden olan heterojen yapıda kitle izlenmektedir.



**Resim 2.** Aksiyel kesit bilgisayarlı tomografide kitlenin çevresinin kalsifiye olduğuna (beyaz oklar) ve içerisinde yer yer mineralizasyon alanları bulunduğu dikkat ediniz.



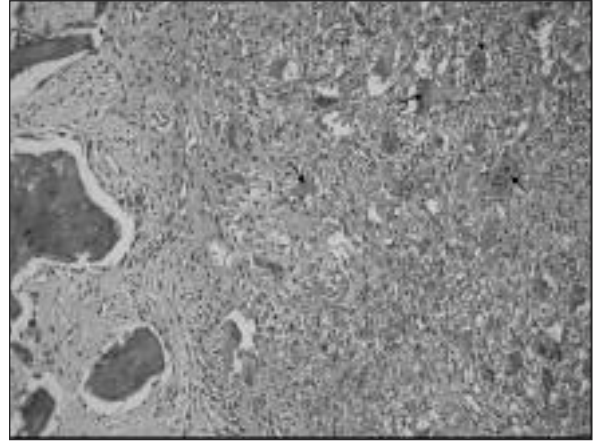
**Resim 3.** İntraoperatif görünüm. Maksilla ön duvarını tama yakın destrükte eden kitle görülmektedir.

bilen yapıdaydı ve parçalandığında içerisi pıhtı dolu kavimler mevcuttu. Maksiller sinüsün lateral ve üst duvarları normal görünümdeydi. Sert damak maksiller kemik anteriorda kemik defekti olduğu görüldü. Diş çekimine bağlı oluşan kemik defektini kapatmak için sert damak mukozası, anteriorda gingivobukkal mukoza ve periostuna sütüre edildi. Postoperatif birinci günde oral beslenmeye başlayan olguda postoperatif dönemde sorun yaşanmadı. Histopatolojik inceleme santral dev hücreli granüloma olarak rapor edildi ve cerrahi sınırlardan alınan biyopsilerde patoloji yoktu (Resim 4). Hastanın postoperatif altıncı ayda yapılan kontrolünde şikayeti yoktu ve fizik muayenesi normal idi. Hastanın postoperatif altıncı ayda yapılan kontrolünde şikayeti yoktu, fizik muayenesi normal sınırlardaydı. Sütür bölgesinde sorun görülmedi. Eksik olan dişler uygun protezle rehabilite edildi. Kontrol koronal kesit bilgisayarlı paranazal sinus tomografisinde nüks, rezidü düşündürecek kitle lezyonu izlenmedi (Resim 5). Sunulan olgudan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

## TARTIŞMA

Santral dev hücreli granüloma, maksillanın nadir görülen benign, lokal agresif bir tümördür. Motamedi ve ark.<sup>3</sup> yaptığı çalışmada alt ve üst çene lezyonlarında olguların %62.87'sinin 2-3. dekatta olduğu, %63.75'inin kadın olduğu ve lezyonların %70.58'inin mandibulada, %29.41 maksillada olduğu rapor edilmiştir. Lezyonlar yavaş büyüyebildiği gibi sunulan olguda da görüldüğü şekilde hızlı büyüme gösterebilir. Santral dev hücreli granülomaları histopatolojik olarak hiperparatiroidinde görülen Brown tümöründen ayırmak zordur.<sup>4,5</sup> Sunulan

olguda serum kalsiyum değerine bakılarak ve paratiroid ultrasonografisi ile hiperparatiroidi ve olası paratiroid adenomu ekarte edilmiştir. Ayırıcı tanıda özellikle kesici ve kanin dişlerin etrafında olan radiküler kist akla gelmelidir.<sup>2</sup> Radiküler kistler santral dev hücreli granülomdan farklı olarak 3-6ncı dekatta daha sıktır ve genellikle enfekte olduklarında ortaya çıkarlar.<sup>2</sup> Kalsifiye odontojenik kistler bu bölgede ikinci sıklıkla görülebilecek kistlerdir.<sup>2</sup> Fibröz displazi de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Fibröz displazi olgularında bilgisayarlı tomografide buzlu cam görünümü tipiktir.<sup>2</sup> Anevrizmal kemik kistleri maksillada çok nadirdir ve bilgisayarlı tomografide multi kistik yapıda görülür, pektek veya sabun köpüğü görünümü vardır.<sup>6</sup> Bilgisayarlı



**Resim 4.** Santral dev hücreli granüloma; baskın olarak fibroblastik hücreler ve eşlik eden multinükleer dev hücreler (siyah oklar). Solda maksillaya ait normal kemik dokusu görülüyor (Hematoksilen-Eozin, x400).



**Resim 5.** Postoperatif koronal kesit paranazal sinus bilgisayarlı tomografi. Sol maksiler sinüs içerisinde kitle görülmemektedir. Maksilla medialinde ve inferiorunda kitlenin önceden oluşturduğu ve operasyona ait defekt izlenmektedir.

tomografi maksiller santral dev hücreli granülomanın ayırıcı tanısında önemli bilgiler verir. Maksiller santral dev hücreli granülomada kortikal kemikte ekspansiyona bağlı incelmeler görülebilir. Kemik erozyonu ile birlikte dağınık şekilde yer yer mineralizasyon alanları görülür. Bu da kemik remodeling'in kanıtıdır.<sup>7</sup> Ayrıca bu lezyonlar, kitle etkisi ile yumuşak dokuda ekspansiyona neden olmaktadır.<sup>7</sup> Sunulan olguda destrüksiyon alanları ile mineralizasyon alanlarının birlikte görülmesi bu tanıyı akla getirmelidir.

Küretaj, eksizyonel biyopsi ve tam rezeksiyon tedavi seçenekleri arasındadır.<sup>3,7</sup> Büyük agresif lezyonlarda radikal cerrahi gerekebilir. Maksiller santral dev hücreli granülomada sağlıklı kemiğe kadar yapılan küretaj sonrası rekürrens nadirdir.<sup>8</sup> Geniş maksiller rezeksiyon, özellikle çocuklarda kozmetik probleme neden olabilir. Ayrıca obturator protezi kullanma zorunluluğu ortaya çıkabilir. Uzun süreli, haftalık intralezyoner steroid uygulaması ile maksiller santral dev hücreli granülomalar, kalsifiye olarak küçülebilirler.<sup>9</sup> Özellikle çocuk olgularda ve cerrahiden kaçınılması gereken durumlarda bu tedavi alternatifini denemelidir.<sup>9,10</sup> Olgumuzdaki lezyon büyük olmasına rağmen tam olarak çıkarıldı. Damak mukozasının sağlam olması ve gingiva mukozasına sütürasyona imkan vermesi nedeniyle kolayca tamir

yapıldı. Bu nedenle olgumuzun obturator protez ihtiyacı olmadı. Maksiller santral dev hücreli granülomada diş köklerinin yerinden çıkması %40 oranında, kök rezorpsiyonu ise %12 oranında görülür.<sup>8</sup> Eksilen dişler protezlerle onarılabilir.<sup>8</sup> Sunulan olguda da uygun diş protezi ile tatminkar rehabilitasyon sağlanmıştır. Santral dev hücreli granülomaların Brown tümörüne benzemeleri nedeniyle tedavisinde kalsitonin ve interferon alfa tedavileri denenmiştir.<sup>4</sup> Ancak ilaçlara bağlı lupus eritematозus ve pankreatit komplikasyonları gelişmesi nedeniyle bu tedavi yöntemi yeterince ilgi bulamamıştır.<sup>4</sup>

---

## SONUÇ

---

Maksillanın santral dev hücreli granülomu nadir görülen benign fakat lokal agresif bir tümördür. Malign lezyonlardan farklı olarak santral dev hücreli granülomalar genellikle yavaş büyür ve gençlerde sıktır. Ayrıca paranasal sinüs tomografisinde destrüksiyon alanlarıyla birlikte mineralizasyon alanlarının görülmesi bu lezyonu akla getirmelidir. Lezyonun yaygınlığı ve hastanın yaşı göz önüne alınarak cerrahi eksizyon uygulanabilir. Cerrahi sonrası eksilen dişler protezlerle rehabilite edilebilir.

---

## KAYNAKLAR

---

1. Jaffe HL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-oseous) dysplasia of the jawbones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1953;6(1):159-75.
2. Sholapurkar AA, Pai KM, Ahsan A. Central giant cell granuloma of the anterior maxilla. *Indian J Dent Res* 2008;19(1):78-82.
3. Motamedi MH, Eshghyar N, Jafari SM, et al. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: a demographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;103(6):e39-43.
4. Goldman KE, Marshall MK, Alessandrini E, Bernstein ML. Complications of alpha-interferon therapy for aggressive central giant cell lesion of the maxilla. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100(3):285-91.
5. Lehnerdt G, Metz KA, Krüger C, Dost P. A bone-destroying tumor of the maxilla. Reparative giant cell granuloma or brown tumor? *HNO* 2003;51(3):239-44.
6. Sánchez AP, Diaz-Lopez EO, Rojas SK, Neri HA, Valle PL, Pine SS. Aneurysmal bone cyst of the maxilla. *J Craniofac Surg* 2004;15(6):1029-33.
7. Nackos JS, Wiggins RH 3rd, Harnsberger HR. CT and MR imaging of giant cell granuloma of the craniofacial bones. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006;27(8):1651-3.
8. Rawashdeh MA, Bataineh AB, Al-Khateeb T. Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006 ;35(1):60-6.
9. Khafif A, Krempf G, Medina JE. Treatment of giant cell granuloma of the maxilla with intralesional injection of steroids. *Head Neck* 2000;22(8):822-5.
10. Comert E, Turanlı M, Ulu S. Oral and intralesional steroid therapy in giant cell granuloma. *Acta Otolaryngol* 2006;126 (6):664-6.