

Periferik Dev Hücreli Granülom: Olgu Sunumu

Ömer Erdur, Fatma Tülin Kayhan, Mehmet Serhad Toprak, Öztürk Aktaş

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

ÖZET

Periferik dev hücreli granülom: Olgu sunumu

Periferik dev hücreli granülom (dev hücreli epulis, osteoklastom, dev hücreli reperatif granülom, dev hücreli hiperplazi), oral kavitenin periosteum veya periodontal membran kaynaklı nadir rastlanan ekzofitik bir lezyondur. Dişeti ve dişsiz çenelerde alveolar krest üzerinde oluşan kitlelerdir. Nedeni tam olarak bilinmese de, kronik irritasyona sekonder bir reaksiyon olarak geliştiğine inanılır.

Bu olguda sağ üst premolar diş çekimini takiben gelişen bir lezyonu bulunan 62 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Klinik muayene sonrası biyopsi alınan kitle, sonrasında tamamıyla eksizye edildi. Operasyon sırasında defektin alt kısmındaki kemik defekt kürete edildi. Eksizyon yapılan alanda geniş bir mukozal defekt olduğundan sert damaktan destrükte alana flep kaydırıldı. Hastanın yapılan 10 aylık takibinde nüks gözlenmedi. Bu olguda neden olarak diş çekimi düşünülmeyle birlikte etyolojik faktör tam olarak belirlenemedi. Olgu literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Dev hücreli granülom, epulis

ABSTRACT

Peripheral giant cell granuloma: case report

Peripheral giant cell granuloma (giant cell epulis, osteoclastoma, reparatory giant cell granuloma, giant cell hiperplasia) is a rare reactive exophytic lesion of the oral cavity, originating from the periosteum or periodontal membrane. The etiology is not well-known, however it is thought to be a secondary reaction to chronic irritation.

In this report, we presented a 62-year-old male patient with an enlarging mass on the right upper gum, after tooth extraction. According to the biopsy which revealed peripheral giant cell granuloma, entire lesion was excised and underlying defective bone was curetted as treatment. The wide defective mucosal area was closed by palatal flap. There was no evidence of recurrence during a 10-month follow-up period.

Key words: Giant cell granuloma, epulis

Bakırköy Tıp Dergisi 2008;4:122-125

GİRİŞ

Periferik dev hücreli granülom (PDHG), oral kavitenin nadir görülen reaktif, ekzofitik lezyonu olup aynı zamanda dev hücreli epulis, dev hücreli reperatif granülom, dev hücreli hiperplazi veya osteoklastoma olarak da bilinmektedir (1). Sebebi tam olarak bilinmemekle beraber kötü oral hijyen zemininde iritan ve travmatik faktörlerle (diş çekimi, kötü dolgu, travma, plak, diştaşı, kronik enfeksiyonlar) ilişkili olduğu düşünülmektedir (2,3). Mavimsi kırmızı renkte, polipoid veya nodüler yapıda lezyonlar olup, gingival mukozaya ve alveolar alanda periodontal ligament veya mukoperiosteumdan gelişir (4,5).

Boyut olarak değişkenlik göstermekle beraber genelde 2 cm'nin altındadır ve oklüzyon gelişip enfekte olmadıkça asemptomatik olarak seyrederek (6). Lezyon ilk oluşum döneminde kanamaya sebep olabilirken ilerleyen dönemlerde boyutunun artmasına bağlı olarak alttaki kemik dokuda nadir de olsa erozyona sebep olabilir. Birlikte olduğu dişlerde yer değişimine ve mobiliteye sebep olabilirken ödenteleus alveollerde ise altındaki kemik dokuda çöküntü yapabilir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülen PDHG, tüm yaş gruplarında görülse de 50-60 yaşlarında sıklığı artar (7). Maksilla ve mandibula eşit sıklıkta etkilenirken en sık premolar ve molar alandan gelişir (8).

Mikroskopik olarak lezyon skuamöz epitelle çevrili ve lezyonla epitel arasında bağ dokudan oluşan temiz alan mevcuttur. Değişik derecede inflamasyon ve vaskülarizasyon gösterir. Tipik olarak ovoid ve fusiform şekilli mezenkimal hücreler içerisinde çok çekirdekli dev hücreler görülür (9). Arada küçük alanlar halinde yeni kemik oluşumu gözlenir. Radyolojik olarak kortikal erozyon ve

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Ömer Erdur
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH KBB Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-586-4821

Elektronik posta adresi / E-mail address: dromerdur@yahoo.com

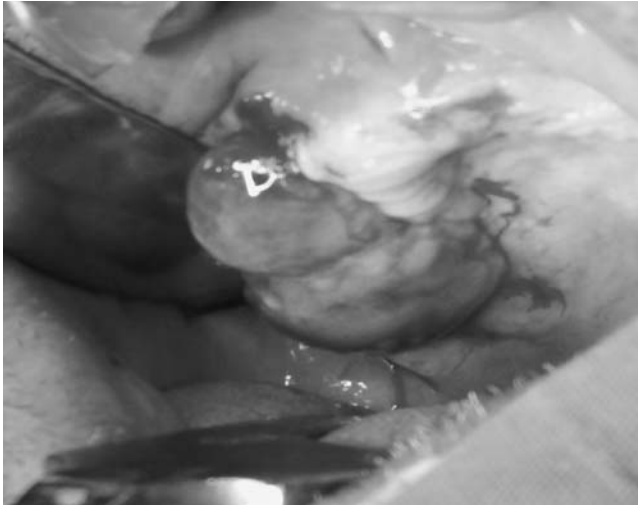
Geliş tarihi / Date of receipt: 1 Kasım 2007 / November 1, 2007

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10 Mayıs 2008 / May 10, 2008

ekspansiyon görülebilir. Oval ve yuvarlak radyolusensiyile beraber ara ara ince trabekülasyonlar gösterir. Tedavi olarak kitlenin eksizyonu ve tabanının genişçe rezeksiyonu yapılır. Ayrıca iritan faktörlerin uzaklaştırılmasına ve oral hijyenin sağlanmasına dikkat edilir.

OLGU SUNUMU

62 yaşında erkek hasta Ekim 2006'da üst çene sağ tarafta şişlik şikâyeti ile başvurdu. Hastanın ağrı ve kanama şikâyeti yoktu ve kitle 5 aydır mevcuttu. Hasta kliniğimize diş hekimi tarafından biyopsi ve rezeksiyon amacıyla gönderilmişti. Altı ay kadar önce sağ üst premolar dişlerini çektiren ve sonrasında protez kullanmaya başlayan hasta, şişliği ilk kez protez kullanmaya başladıktan 1 ay kadar sonra diş çektiği alanda fark ettiğini bildirdi.



Resim 1: Kitlenin operasyon sırasında görünümü

Kitlenin sürekli büyümesi üzerine protezi kullanmayı bırakan hasta kitlenin bu sürede de büyümeye devam ettiğini belirtti. Hastanın oral muayenesinde sağ üst premolar bölge ödenteleus alan orijinli, saplı, sert damağa doğru uzanım gösteren, 3x2 cm boyutlarında, düzgün, parlak yüzeyli, mavimsi kırmızı renkte, sert kıvamlı, ekzofitik bir lezyonu mevcuttu. Kitlede palpasyonla ağrı ve hassasiyet yoktu (Resim 1).

Hastanın diyabet ve hipertansiyonu mevcuttu. Hasta mevcut hastalıkları için glipizit, glimepid, valsartan ve fenofibrate kullanmaktaydı. Geçirilmiş bir operasyon hikâyesi olmayan hastanın herhangi bir maddeye karşı alerjisi yoktu. Hastanın yapılan biyokimyasal testlerinde kan şekerinin ve kolesterolünün bir miktar yüksek olduğu, serum elektrolitlerinin ve parathormon değerinin normal olduğu gözlemlendi. Hemogram ve sedimentasyon değerleri de normaldi. Hastanın çekilen düz grafilerinde kemik doku destrüksiyonu görülmezken BT'sinde maksiller sinüs tabanında destrüktif alan ve ağız içerisine doğru bulging yapan kitlesel lezyon görüldü. Lenf noduna rastlanmadı (Resim 2).

Kitlenin gingival kenarından sağlam gingivayıda içerecek şekilde lokal anestezi ile alınan biopsi sonucunda periferik dev hücreli granülom tanısı konuldu. Bunun üzerine genel anestezi altında kitle ve tabanı genişçe rezeksiyon edildi. Tabandaki periost kürete edildi. Kemik dokunun destrükte ve maksiller sinüs ile ilişkili olduğu gözlemlendi. Sert damak üzerinden eksizyon yapılan alana flep kaydırılarak lezyon onarıldı. Operasyon sırasında veya sonrasında komplikasyon olmadı. Operasyon sonrası düzenli aralıklarla kontrole çağrılan hastanın 5 aylık takibinde nüks görülmedi.



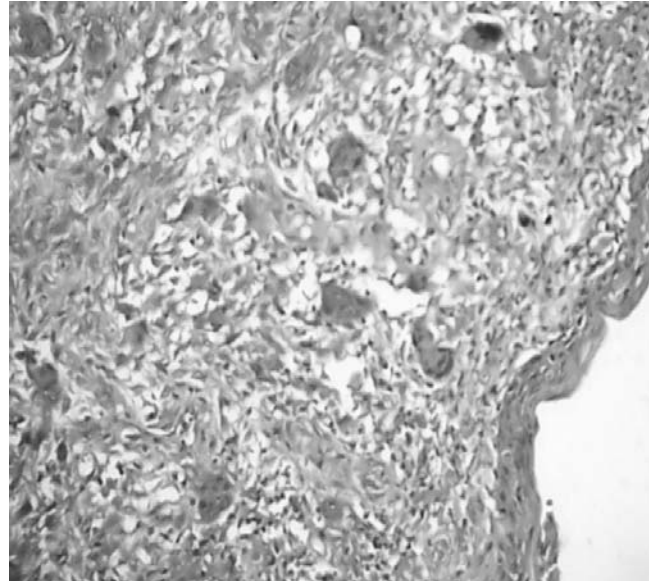
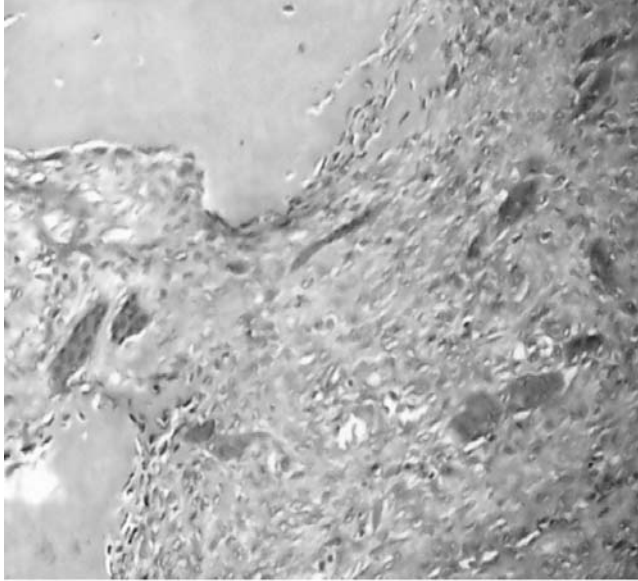
Resim 2: Bilgisayarlı tomografide (BT) maksiller sinüs tabanında kitlesel lezyon

TARTIŞMA

PDHG oral kavitenin nadir görülen (oral patolojik materyallerin %0.4-%1.9) tümör benzeri gingival hiperplazisi olarak ortaya çıkar. Yavaş büyüyen asemptomatik lezyonlardan, hızla genişleyip kemik dokuda erozyona yol açan lezyonlara kadar geniş yelpazede dağılım gösterirler. Kadınlarda ve ilerleyen yaşlarda sık görüldüğünü belirten yayınların yanında erkeklerde sık görüldüğünü belirten yayınlar da mevcuttur (6,7,10). Bizim vakamız 62 yaşında ve erkek idi. Genel olarak PDHG boyutu 2 cm altında iken bizim vakamızda 3 cm'yi geçen boyuttaydı ve bu durumun etken faktöre ve hastanın başvurma süresine bağlı olarak değiştiği kabul edildi (6). Alt çene ve üst çene eşit sıklıkta etkilenirken, Giansanti ve Waldron yaptıkları çalışmada alt çenede daha sık görüldüğünü belirt-

Ve sonuçta dev hücrelerin östrojen aktivasyonu için hedef olduklarını saptamışlardır.

Histolojik olarak PDHG çok miktarda ovoid ve fuziform şekilli genç bağ dokusu hücreleri ve çok çekirdekli dev hücreler içeren retiküler ve fibriller bağ dokudan oluşan kapsülsüz doku kitlesidir (4). Dev hücreler çoğu olguda osteoklastları anımsatır ancak çok azı kemik rezorpsiyon fonksiyonu gösterir. Lezyon bol miktarda kapiller içerir. Dev hücrelerin orijinleri tam olarak bilinmese de iki teori ortaya atılmıştır (14). Birincisi bir travma mekanizması sonrası oluşması, diğeri de proliferatif orijinli olmasıdır. Bizim vakamızın patolojisinde lezyon çok katlı yassı epitelle örtülü, epitelin altında tek çekirdekli genç mezenkim hücreleri ve çok çekirdekli osteoklastik dev hücreler mevcuttu. Geniş alanlarda kemik yapımı mevcuttu (Resim 3).



Resim 3: Lezyonun histolojik incelemesinde osteoklastik dev hücreler ve kemik yapımı

mişlerdir (8,11). Bizim vakamızda lezyon üst çenede yerleşmiş ve maksiller sinüs tabanında destrüksiyon yapmıştı.

Nadir de olsa periferik dev hücreli granülomlar hiperparatiroidizmin oral belirtisi olarak görülebilir. Smith ve Fowler yaptıkları çalışmada PDHG hastalarının %10'unda hiperparatiroidizm saptamışlardır (12). Giansanti ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hiperparatiroidizm ile PDHG arasında bir ilişki bulamamışlardır (11). Bizim vakamızda hiperparatiroidizme rastlanmadı. Günhan ve arkadaşları yaptıkları 26 vakalık çalışmalarında bu lezyonların seks hormonlarından etkilenebileceğini düşünmüşlerdir (13).

Tümör dişli bölgeden geliştiğinde, radyolojik inceleme lezyonun dişten mi yoksa dişeti bölgesinden mi kaynaklandığını ayırmayı sağlar. Ayrıca lezyona bağlı olarak periodontal ligament boşluğundaki genişlemelere bağlı dişlerde mobilite görülür. Lezyon dişsiz bölgede görüldüğünde yakın kemik bölgesinde kemik rezorpsiyonlarına neden olabilir (10). Kortekste incelleme ve nadiren perforasyonlar görülebilir (15). Bizim vakamızda lezyon kemikte rezorpsiyona ve sinüs tabanında perforasyona yol açmıştı.

Tedavi olarak kitlenin CO₂ lazer ile veya bistüri ile eksizeyonu yapılır. Literatürde ikisi arasında fark bulunama-

miştir. Lazer ile eksizyonun az kanama yapması, ağrının olmaması, görüşü artırması, sütür gerektirmemesi gibi avantajları vardır. Lezyon kemiğe yakın yerleşimli ve küretaj gereken lezyonlarda lazer önerilmemektedir. Eversole ve arkadaşları yaptıkları çalışmada tedavi sonrası nüks riskinin %5 ile %11 arasında değiştiğini belirtmişler-

dir (16). Vakamızda bistüri ile lezyon genişçe rezeke edildi, tabanda kemik doku dikkatlice kürete edildi. Hastanın takiplerinde nüks gözlenmedi.

Cerrahi olarak tam eksizyon, lezyon tabanının kürete edilmesi, lokal iritan faktörlerin uzaklaştırılması ve iyi ağız bakımı nüks riskini oldukça azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kfir Y, Buchner A, Hansen LS. Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. *J Periodontol* 1980; 51: 655-661.
2. Shafer WG, Levy BM (Eds). *Tratado de patologia Bucal*. 4th ed. Mexico DF: Interamericana; 1986. p. 143-145.
3. Katsikeris N, Kakarantza –Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Peripheral giant cell granuloma: clinico- pathologic study 224 new cases and 956 reported cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17: 94-99.
4. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. *Pediatr Dent* 2000; 22: 232-233.
5. Pandolfi PJ, Felefi S, Flaitz CM, Johnson JV. An aggressive giant cell granuloma in a child. *J Clin Pediatr Dent* 1999; 23: 353-355.
6. Wood NK, Goaz PW (Eds). *Diagnostico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales*. Madrid: Harcourt Brace de Espana SA; 1998. p.110-113,282-283.
7. Chaparro Avendano AV, Berini-Aytes L, Gay Escoda C. Peripheral giant cell granuloma. A report of five cases review of the literature. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2005;10: 48-52.
8. Rosai J, Ackerman LV (Eds). *Ackerman's surgical pathology*. St.Louis: The CV Mosby Company, 1989;p.191-192.
9. De Souza PE, Paim JF, Carvalhais JN, Gomez RS. Immunohistochemical expression of p53, MDM2, Ki-67 and PCNA in central giant cell granuloma and giant cell tumor. *J Oral Pathol Med* 1999; 28:54-58.
10. Bhaskar SN, Cutright DE, Beasley JD 3th , Perez B. Giant cell reparative granuloma (peripheral): report of 50 cases. *J Oral Surg* 1971; 29: 110-115.
11. Giansanti JS, Waldron CA. Peripheral giant cell granuloma: a review of 720 cases. *J Oral Surg* 1969; 27: 787-791.
12. Smith BR, Fowler CB. Primary hiperparathyroidism presenting as a "peripheral" giant cell granuloma. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 46: 65-69.
13. Gunhan M, Gunhan O, Celasun B, Mutlu M, Bostancı H. Estrogen and progesterone receptors in peripheral cell granulomas of the oral cavity. *J Oral Sci* 1998; 40: 57-60.
14. Matsumura T, Sugahara T, Wada T, Kawakatsu K. Recurrent giant cell reparative granuloma: Report of a case and histochemical patterns. *J Oral Surg* 1971; 29: 212-216
15. Bonetti F, Pelosi G, Martignoni G, et al. Peripheral giant cell granuloma: Evidence for osteoclastic differentiation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70: 471-475.
16. Andersen L, Fejerskov O, Phillipsen HP. Oral giant cell granulomas. A clinical and histological study of 129 new cases. *Acta Pathol Microbiol Scand [A]* 1973; 81: 606-616.