

PAPER DETAILS

TITLE: Periferal dev hücreli granüloma ve tedavisi: olgu sunumu

AUTHORS: Mehmet SENTÜRK,Recep KESTANE

PAGES: 68-71

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196023>

OLGU

Periferal dev hücreli granüloma ve tedavisi: Olgu sunumu
Peripheral giant cell granuloma lesion and the treatment: Case report

Mehmet Fatih Şentürk¹, Recep Kestane²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, Isparta, Türkiye.

²Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye.

Özet

Periferal dev hücreli granüloma (PDHG) lokal irritan faktörler sebebiyle gingiva ve alveoler kret üzerinde ortaya çıkan reaktif ekzofitik bir lezyondur. Genellikle mandibulada anterior bölgelerde lokalizedir ve sıklıkla 4.-6. dekatlarda görülür. İlişkili olduğu dişlerde mobilitateye neden olabilir. Klinik görünümü karaciğer dokusuna benzeyen genellikle 2 cm'den küçük lezyondur. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Seyrek olarak nüks görülmektedir. Bu raporda 18 yaşındaki kadın hastadaki maksiller premolar-molar bölge konumlu, histopatolojik olarak PDHG tanısı konulmuş lezyonun tedavisi ve 20 aylık takibi sunulmuştur. Vaka lokalizasyon ve boyut yönüyle literatürdeki vakalardan farklılık arz etmektedir. Oral ve maksillofasial bölgede görülebilen ekzofitik lezyonların hastalar tarafından ihmal edildiğinde çok büyük boyutlara ulaşabildiğini, lokal irritan faktörlerin ortadan kaldırılmasıyla durumun tekrarlamayabileceğini klinik olarak göstermek amacıyla bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Periferal dev hücreli granüloma (PDHG), maksilla, posterior, patoloji.

Abstract

Peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a reactive exophytic lesion occurring on the gingiva and alveolar ridge usually as a result of local irritating factors. PGCG is mostly located on the mandibular anterior region and it is frequently seen in 4-6 decades. PGCG is generally smaller than 2 cm, may cause mobility on related teeth and its clinical appearance looks like a liver. Surgical excision is the main treatment choice and recurrence occurs rarely. In this report a 18-year-old female patient's lesion, located on maxillary premolar-molar region and histo-pathologically diagnosed as PGCG is presented with its treatment and 20 months follow-up period. The case is unusual compared to the literature regarding its location and size. The aim of this case report is to show that, exophytic lesions which are seen in the oral and maxillofacial region may reach enormous dimensions if they are neglected by the patients or local irritating factors are not eliminated.

Keywords: Peripheral giant cell granuloma (PGCG), maxilla, posterior, pathology.

Giriş

Periferal dev hücreli granüloma (PDHG) oral dokularda sınırlı, tümör benzeri gingival-mukozal büyüme şeklinde gözlenir. Oral kavitenin göreceli olarak yaygın bir lezyonudur (1). Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, travmatik diş çekimleri, kötü dental restorasyonlar, plak ve tartar gibi kötü oral hijyene sebep olabilecek nedenlerden meydana gelebilirler (2).

Kadınlarda, mandibulada ve çenelerin ön bölgelerinde daha sık görülürler. Klinik görünümü oldukça tipiktir; kırmızı, mavi-mor renkli, geniş tabanlı, genellikle 2 cm'den küçük lezyondur. Travmaya bağlı olarak ülsere bir görünüm alabilir. Dişeti ve dişsiz çenelerde alveoler kret üzerinde oluşabilen lezyon, sapsız veya geniş tabanlı olabilir. Birlikte olduğu dişlerde yer değişimine ve mobilitateye sebep olabilir. Yumuşak dokuda görülen PDHG kemik dokuda genellikle herhangi bir değişikliğe yol açmaz, ancak ender olarak kemikte yüzeysel erozyon oluşturabilir (3, 4).

PDHG diş eti kaynaklı olmasından dolayı radyografik olarak tespiti zordur ancak yumuşak doku altında yüzeysel erozyonlar tespit edilebilir (5, 6).

Histolojik görünümünde kapsülü olmayan dev hücreler, enflamasyon, hücreler arası kanama, hemosiderin birikimi, olgun kemik yapısı veya osteoid yapıya sahip özellikler göstermektedir.

PDHG'nin tedavisi lokal eksizyon ve lokal etiyolojik faktörlerin eliminasyonudur. Malign transformasyon görülmemektedir. Lokal irrite edici faktörlerin eliminasyonundaki başarısızlığa bağlı olarak az da olsa nüks gösterebilmektedir (4).

Bu raporda 18 yaşında bayan hastada kötü ağız hijyenine bağlı olarak 1 ay önce oluşan, maksiller posterior bölgedeki ağrılı şişlik ile karakterize olan, histopatolojik olarak PDHG tanısı konmuş lezyonun tedavisi ve 20 aylık takibi sunulmuştur.

Olgu

18 yaşında bayan hasta, üst çene sol vestibüler bölgesinde ağrı ve şişlik şikâyetiyle Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne başvurmuştur. Hastanın anamnezinde, herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı tespit edilmiş olup, 3 ay önce sol üst 2. premolar dişin çekimini takiben oluşan şişliğin zamanla büyüdüğü öğrenilmiştir.

Yapılan intraoral muayenede; sol maksiller premolar-molar vestibüler bölgede sapsı, kırmızı renkli ekzofitik lezyon ile birlikte dental kalkulus'un yer aldığı, dişetlerinin de hiperemik, ödemli, enflamasyonlu olduğu gözlenmiştir. İlişkili dişlerde mobilité olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastada halitozis varlığı tespit edilmiştir. Radyografik muayenede ilgili bölgede herhangi bir bulguya rastlanmamıştır (Resim 1, 2).



Resim 1. Lezyonun ağız içi klinik görünümü



Resim 2. Lezyonun preoperatif radyografik görünümü

Bu bulgular ışığında lezyondan insizyonel biyopsi alınmasına karar verilmiştir (Resim 3). Yapılan histopatolojik inceleme sonucunda PDHG tanısı konulmuştur. Bunun üzerine lokal anestezi altında 1.5x3x2,5 cm boyutlarındaki yumuşak doku kitlesi tamamıyla eksize edilmiştir.

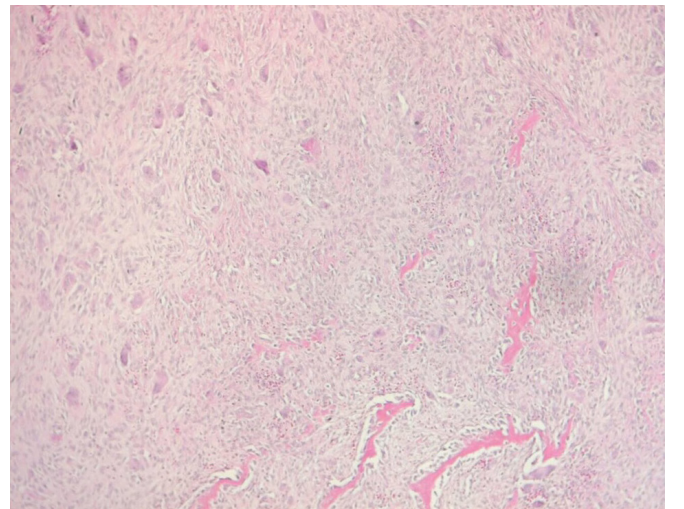


Resim 3. Biyopsi sonrası lezyonun ağız içi görünümü

İlişkili 1. premolar ve molar dişler çekilmiştir. Kanama kontrolünün sağlanmasının ardından bölge primer olarak 3/0 ipek süturla kapatılmıştır. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Biyopsi materyalinin histopatolojik olarak incelenmesi sonucunda PDHG tanısı doğrulanmıştır (Resim 4, 6).



Resim 4. Eksize edilen lezyon



Resim 5. Selüler bağ doku zeminine sahip lezyonun, çok sayıda osteoklast tipi dev hücre ve reaktif osteoid içerdiği izlendi (HE x100)



Resim 6. Postoperatif 1 aylık ağız içi görünümü

6. ayda yapılan kontroller sonucu vestibuler sulkus derinliğinin azalmasının hastada yarattığı rahatsızlık üzerine bölgeye lokal anestezi altında vestibuloplasti operasyonu yapılmış ve normal sulkus derinliği elde edilmiştir. 20 aylık takip sonucunda nüks görülmemiştir (Resim 7).



Resim 7. Postoperatif 20 aylık ağız içi görünümü

Tartışma ve Sonuç

PDHG; dev hücreli epulis, osteoklastoma, dev hücreli reperatif granülom veya dev hücreli hiperplazi olarak bilinen, oral kavitenin seyrek görülen reaktif, ekzofitik lezyonudur (7). Etiyolojisi tam olarak anlaşılamamakla birlikte periodontal cepler, travmatik diş çekimleri, periodontal cerrahi, malpoze dişler, hatalı protezler ve restorasyonlar, diştışı, dental plak, gıda birikimi, cinsiyet hormonlarından özellikle östrojen hormon aktivitesi ve hiperparatiroidizm PDHG'nin oluşmasına neden olan faktörler arasında yer almaktadır (8-12).

Yapılan birçok çalışmada PDHG'nin bayanlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (4, 6, 12, 13) olmakla birlikte erkeklerde daha fazla görüldüğünü bildiren araştırmalar da vardır (5,14-16).PDHG lezyonlarının en sık 4.-6. dekatlar arasında (% 40) görüldüğü bildirilirken (4, 14), Reichart ve Philipsen PDHG lezyonlarının en sık görüldüğü dönemin 20-60 yaşlar arası olduğunu belirtmişlerdir (17). Bodner ve ark. 2 cm'den küçük lezyonlarda yaş ortalamasının 31,2 cm'den büyük lezyonlarda ise 53 olduğunu belirtmişlerdir (6). 16 PDHG vakasının retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada 2 vakanın (% 12.5) 10-20 yaş aralığında görüldüğü, 6 ile 82 arasında değişen hasta yaşlarının ortalama 36.3 olduğu belirtilmiştir (15).

62 vakanın değerlendirildiği başka bir çalışmada 7 ile 90 arasında değişen hasta yaşlarının ortalama 40.1 olduğu, çoğunluğunun (% 68,7) 50-70 yaşları arasında yer aldığı belirtilmiştir (12). Bizim vakamızda hasta 18 yaşında bayan hasta idi.

PDHG'ler makroskopik olarak genellikle 0,5-1,5 cm çapta lezyonlardır (13). Kfir ve ark. PDHG lezyonlarının %94'ünün 1.5 cm'den küçük olduğunu belirtmişlerdir (14). 45 PDHG lezyonunun klinikopatolojik olarak değerlendirildiği bir çalışmada lezyonların makroskopik boyutları incelendiğinde 20 vakanın (% 44,4) 1-2 cm arası büyüklükte olduğu belirtilmiştir (16). Gandara Rey ve ark. 13 vakayı değerlendirdikleri çalışmalarında 1 vakada lezyon boyutunun 4cm, 9 vakada 1-2 cm büyüklüğünde olduğunu, ortalama boyutun ise 2.1 cm olarak bulunduğunu belirtmişlerdir (7). Lezyonların büyük boyutlara ulaşmasına kronik travmaya uzun süreli maruz kalması ve kötü oral hijyenin neden olduğu düşünülmektedir (17). Bizim vakamızda lezyon en geniş bölgesinde 4 cm olarak ölçülmüştür. Lezyonun bu boyutlara ulaşmasında yapılan diş çekimi ile beraber hastanın kötü oral hijyene sahip olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

PDHG'nin alt çenede üst çeneye oranla yaklaşık olarak 1.5 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (18). 62 vakanın retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada lezyonların 43'ünün mandibulada (% 69,4), 19'unun maksillada (% 30,6) meydana geldiği belirtilmiştir (12). Bodner ve ark. çalışmalarında mandibulanın maksilladan 2.75 kat daha fazla etkilendiğini belirtmişlerdir (6). Demirkol ve ark. 16 PDHG vakasından oluşan çalışmalarında lezyonların 4' ünün (% 25) maksilla, 12'sinin (% 75) mandibulada izlendiğini, maksilladaki lezyonların sadece 1'inin (% 6.25) posterior bölgede görüldüğünü, lezyonların en sık olarak ise 8 (% 50) ile mandibula posteriorda görüldüğünü belirtmişlerdir (15). Barış ve ark. 45 vakalık çalışmalarında lezyonların 20'sinin (% 44.4) maksilla, 25'inin (% 55.6) mandibulada izlendiğini, maksilladaki lezyonların sadece 5'inin (% 11.1) premolar molar bölgede görüldüğünü, lezyonların en sık olarak maksilla anterior (% 26.7) ve mandibula premolar-molar (% 24.4) bölgede görüldüğünü belirtmişlerdir (16). Bu olguda lezyon maksilla premolar-molar bölgede görülmüştür. PDHG teşhisi için klinik ve histopatolojik değerlendirme şarttır. Klinik karakteristik açısından fibroma, periferik ossifiye fibroma, hemanjiyom, epulis, pyojenik granülom ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Histolojik bulguları hiperparatiroidizmle bağlı Brown tümör, anevrizmal kemik kisti ve benign osseoz displazi ile benzerlik taşıdığından ayırıcı teşhiste bu patolojiler göz önünde bulundurulmalıdır (7).

PDHG tedavisi, kitlenin kemik yüzeyinden tamamen cerrahi olarak eksizyonu ve sebep olan etiyolojik faktörlerin uzaklaştırılmasıdır. Periodontal ligament tutulumunun olduğu durumlarda ise lezyonla ilişkili dişlerin çekimi de tedavi prosedürüne katılır (15, 19). PDHG lezyonları için nüks oldukça enderdir ve literatürde bu oran % 5-11 olarak bildirilmektedir (20, 21). Neville ve ark. çoklu vaka serilerinde nüks oranını % 11 ile % 50 arasında değişen oranlarda belirtmişlerdir (22). Bizim olgumuzda lezyon periost ile beraber eksize edilmiş ve 20 aylık takip süresince

herhangi bir nüks olgusuna rastlanmamıştır. Sonuç olarak; ağız içinde görülebilen bu lezyonların ihmal edildiğinde önemli boyutlara ulaşabileceği, sebep olacak faktörün ortadan kaldırılmasıyla durumun tekrarının engellenebileceği, uzun dönem takiplerle hastaların kontrol altında tutulması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Cawson RA, Eveson JW. Oral Pathology and Diagnosis. London: William Heinemann Medical Books; 1987.
2. Aslan M, Simsek Kaya G, Dayı E, Akkas M, Demirci E. Erken Yasta Görülmüş Periferal Dev Hücreli Granüloma (Vaka Raporu). Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006; 16(3): 61-64.
3. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji, 1. baskı, Ankara: Atlas Kitapçılık; 2001.
4. Katsikeris N, Kakarantza-Angelopoulou E. Peripheral giant cell granuloma: clinicopathologic study of 224 new cases and 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988; 17: 94-99.
5. Bhaskar SN, Cutright DE, Beasley JD 3rd, Perez B. Giant cell reparative granuloma (peripheral): Report of 50 cases. J Oral Surg. 1971; 29(2): 110-115.
6. Bodner L, Peist M, Gatot A, Fliss DM. Growth potential of peripheral giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997; 83(5): 548-551.
7. Gandara Rey JM, Pacheco JL, Gándara P, Blanco A, García A, Madriñán P, Somoza M. Granuloma periférico de célula gigante. Revisión de 13 casos clínicos. Medicina Oral. 2002; 7: 254-259.
8. Gunhan M, Gunhan O, Celasun B, Mutlu M, Bostancı H. Estrogen and progesterone receptors in the peripheral giant cell granulomas of the oral cavity. J Oral Sci. 1998; 40: 57-60.
9. Whitaker SB, Bouquot JE. Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in peripheral giant cell lesions of the jaws. J Periodontol. 1994; 65: 280-283.
10. Burkes EJ Jr., White RP Jr. A peripheral giant-cell granuloma manifestation of primary hyperparathyroidism: Report of a case. J Am Dent Assoc. 1989; 118: 62-64.
11. Develioğlu AH, Bostancı V, Nalbantoğlu AM. Periferik Dev Hücreli Granülomanın Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2006; 9(1): 46-49.
12. Yalçın E, Ertuş Ü, Altaş S. Periferal Dev Hücreli Granüloma: Retrospektif çalışma. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2010; 20(1): 34-37.
13. Regezi JA., Sciubba JJ.; Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations 5th ed. St Louis: W.B. Saunders Company; 2008; 112-113.
14. Kfir Y, Buchner A, Hartsen LS. Reactive lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 741 cases. J Periodontol. 1980; 51: 655-661.
15. Demirkol M, Aras MH, Kara Mİ, Yanık S, Ay S. Çenelerde Görülen Periferal Dev Hücreli Granülomalar: 16 Olgu Serisi. Türkiye Klinikleri J Dental Sci. 2012; 18(3): 237-241.
16. Barış E, Gültekin SE, Bozkaya S. Periferal Dev Hücreli Granülomların Klinikopatolojik Olarak Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2010; 20(2): 79-83.
17. Reichart PA, Philipsen HP: Color Atlas of Dental Medicine - Oral Pathology. Stuttgart-Germany: Thieme Medical Publishers; 2001: 55-56.
18. Motamedi MHK, Esghyar N, Jafari SM, Lassemi E, Navi F, Abbas FM, Khalifeh S, Eshkevari PS. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: A demographic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007; 103: e 39-43.
19. Chaparro-Avendaño Av, Berini-Aytés L, Gay Escoda C. Peripheral Giant Cell Granuloma. A Report Of Five Cases And Review Of The Literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005; 10: 48-57.
20. Eversole LF, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. J Oral Pathol. 1972; 1: 30-38.
21. Mighell AJ, Robinson PA, Hume WJ. Peripheral giant cell granuloma: a clinical study of 77 cases from 62 patients and literature review. Oral Dis. 1995; 1: 12-19.
22. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002: 449-51, 544-547.