

PERİFERAL DEV HÜCRELİ GRANÜLOMA VE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

PERIPHERAL GIANT CELL GRANULOMA AND THE TREATMENT: CASE REPORT

¹*Mehmet SAĞLAM, ¹Serhat KÖSEOĞLU

¹Yrd. Doç. Dr. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD., İZMİR.

Özet

Periferal dev hücreli granüloma (PDHG) periodontal membran veya periosteum kaynaklı reaktif ekzofitik bir lezyondur. Etiyolojisi hala tam olarak bilinmemekle birlikte kronik irritasyon veya travmalar sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. PDHG her yaşta görülebilir fakat sıklıkla 4. ve 6. dekadlar arası görülmektedir. Bayanlar erkeklerden daha çok etkilenmektedir. Bu raporda 70 yaşındaki kadın hastadaki maksiller santral keser dişler bölgesindeki histopatolojik olarak PDHG tanısı konulmuş lezyonun tedavisi ve 1 yıllık takibi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Periferal dev hücreli granüloma, maksilla, eksizyon.

Abstract

Peripheral Giant Cell Granuloma (PGCG) is a reactive exophytic lesion originating from the periodontal or the periosteal membrane. The etiology of these lesions is still unknown, however it is believed to be occurred by chronic irritation and trauma. The PGCG may occur at any age but it is frequently seen in 4-6 decades. Women affected more than men. In this report a 70-year-old female patient's lesion, located on maxillary central incisors region and histopathologically diagnosed as PGCG is presented with its treatment and 1 year follow-up period.

Key words: Peripheral giant cell granuloma, maxilla, excision.

Giriş

Periferal dev hücreli granüloma (PDHG), ağızda nadir olarak görülen reaktif, ekzofitik bir lezyon olup, aynı zamanda dev hücreli epulis, dev hücreli reperatif granüloma, dev hücreli hiperplazi veya osteoklastoma olarak da bilinmektedir (1). Sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte travmatik diş çekimleri, kötü dental restorasyonlar, gıda sıkışması, plak ve tartar gibi kötü oral hijyene sebep olabilecek nedenlerden meydana gelebilirler (2). Literatürde dental implant etrafında oluştuğu da gösterilmiştir (3). Kırmızı, mavi-mor renkli, geniş tabanlı, genellikle 2 cm'den küçük, gingival mukoza ve alveolar alanda periodontal ligament veya periosteumdan gelişen bir lezyondur (4, 5). Bayanlarda, mandibulada ve çenelerin ön bölgelerinde daha sık görülürler. Son zamanlarda yayınlanan bir vaka serisine göre 279 lezyonun %58'i mandibulada, %44'ü çenelerin anterior bölgesinde, %83'ü dişlere

komşu, %14'ü dişsiz bölgelerde ve %2'si ise dental implantlara komşu olduğu görülmüştür (6). PDHG kemik dokuda genellikle herhangi bir değişikliğe yol açmaz, ancak boyutunun artışına bağlı olarak kemikte nadir de olsa yüzeysel erozyon oluşturabilir (7). Histolojik incelemede değişik derecede inflamasyon ve vaskülarizasyon, mezenkimal hücreler içerisinde çok çekirdekli dev hücreler görülür ayrıca hemosiderin artıkları, enflamasyon hücreleri ve osseoz karakter gösteren kalsifiye alanlar da histolojik incelemede izlenebilir (5, 8). PDHG' ların tedavisi cerrahi eksizyondur, ancak lokal faktörler ve kronik irritanlar ortadan kalkmadıkça nüks görülebilmektedir. Bu raporda 70 yaşında bayan hastada kötü ağız hijyenine bağlı olarak oluşan, maksiller santral keser dişler bölgesindeki ağrılı şişlik ile karakterize olan, histopatolojik olarak PDHG tanısı konmuş lezyonun tedavisi ve 1 yıllık takibi sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Üst çene santral keser dişler bölgesinde ağrı ve şişlik şikâyetiyle kliniğimize başvuran 70 yaşındaki bayan hasta muayene edildi. Hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalığın olmadığı ve ilgili bölgedeki

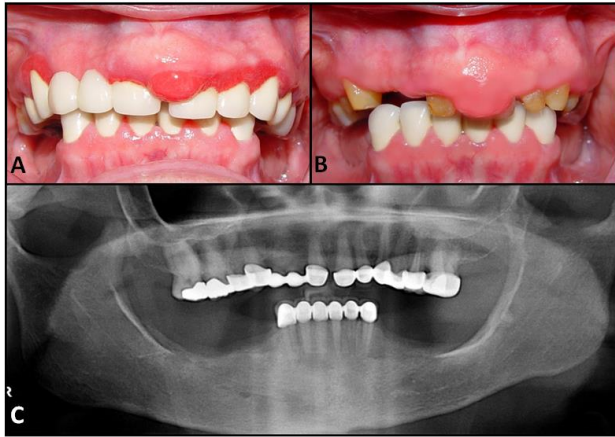
*İletişim Adresi

Dr. Mehmet SAĞLAM
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aydınlık Evler Mahallesi,
Cemil Meriç Caddesi, 6780 Sokak. No:48, 35640-Çiğli/İZMİR

Tel: 0 232 325 40 40 (2602)

e-mail: dtmehmetsaglam@gmail.com

şişliğin 5 aydır olduğu öğrenildi. İntraoral muayenesinde, hastanın oral hijyeninin iyi olmadığı, dişetlerinin son derece ödemli, kızarıklık ve kanamaya meyilli olduğu tespit edildi (Figür 1A). Hastanın lezyon bölgesinde travma hikayesi bulunmamaktaydı ancak temizlenebilirliği düşük irritasyon yaratacak bir sabit protez kullanıyordu. Lezyon klinik olarak yaklaşık 2 cm boyutlarında kırmızı, parlak ve ödemliydi. Radyografide ilgili bölgede patolojik bir bulguya rastlanılmadı (Figür 1C).



Figür 1. A-Kitlenin tedavi öncesi klinik görünümü. B-Başlangıç tedavisinden bir hafta sonraki klinik görünüm. C-Panoramik film.

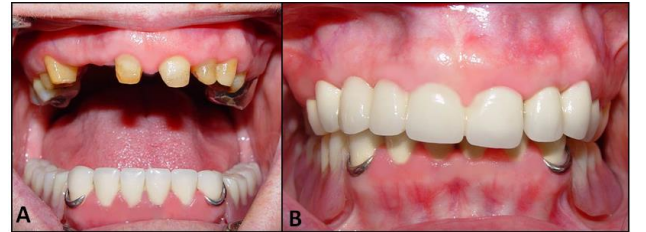
Üst çenedeki köprü protezi çıkarıldıktan sonra ilk seansta hastaya; oral hijyen motivasyonu, diştaşı temizliği ve subgingival küretajı içeren başlangıç periodontal tedavisi uygulandı. Başlangıç tedavisinden bir hafta sonra yapılan muayenede lezyondaki kızarıklığın ve ödemin çok azaldığı gözlemlendi (Figür 1B). Lezyonun ayırıcı tanısını yapabilmek için mevcut kitleden insizyonel biyopsi örneği alınmasına karar verildi. Patoloji raporu sonucunda, lezyona PDHG tanısı konuldu. Histolojik incelemede vasküler yapılar, artmış kollajen fibrilleri, bol miktarda kronik iltihaba ait hücreler, çok sayıda multinükleer dev hücre tespit edilmiştir (Figür 2A).

Cerrahi operasyonda, ilgili bölgeye lokal anestezi yapıldıktan sonra, mevcut kitle bistüri ile kesilerek tamamen çıkarıldı (Figür 2B). İlgili bölge kürete edildi ve komşu dişlere kök yüzeyi düzleştirilmesi yapıldı. Daha sonra sonra yara kenarları primer olarak sütüre edildi (Figür 2C). Cerrahi sonrası yine bir hafta süre ile klorheksidin gargara kullanımı önerildi. Hastaya analjezik ve amoksisilin grubu bir antibiyotik reçete edildi. Operasyondan 1 ay sonraki klinik

muayenede operasyon bölgesi ve komşu dişetleri sağlıklıydı (Figür 3A). Hastanın 1 yıllık takibinde herhangi bir nöks gözlenmedi (Figür 3B).



Figür 2. A-Kitlenin alınan biyopsinin histopatolojik görünümü. B-Yaklaşık 2 cm boyutunda eksize edilen kitle. C-Kitle eksize edildikten sonra yara bölgesinin primer kapatılması.



Figür 3. A-Cerrahi operasyondan 1 ay sonraki klinik görünüm. B-Cerrahi operasyondan 1 yıl sonraki klinik görünüm.

Tartışma

PDHG yavaş büyüyen asemptomatik lezyonlardan, hızlı genişleyen alttaki kemik dokusunda rezorpsiyona yol açan lezyonlara kadar geniş yelpazede dağılım gösterirler (9). PDHG'nin bayanlarda erkeklere oranla 2 kat fazla, alt çenede de üst çeneye oranla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (10). Dev hücreli lezyonlar premolar ve molar bölgede daha sık görülmesine rağmen, kesici ve kanin bölgesindeki dişeti ve alveolar bölgede de genellikle görülebilmektedir (10). Bizim olgumuzda lezyon bayan hastada ve üst çene santral dişler bölgesinde görülmüştür.

PDHG'lar genellikle 0,5-1,5 cm çapta lezyonlar olup, literatürde 5 cm'den büyük lezyonlarda bildirilmiştir. Lezyonların büyük boyutlara ulaşmasında uzun süreli kronik travmaya maruz kalması ve kötü oral hijyenin neden olduğu düşünülmektedir (11). Sunmuş olduğumuz olguda lezyon yaklaşık 2 cm kadardı ve ilgili bölgedeki sabit köprü protezinin temizlenebilirliği düşüktü.

PDHG histolojik olarak incelendiğinde kapsülsüz oval veya fuziform şekilli genç bağ dokusu hücreleri ve çok çekirdekli dev hücreler

içeren retiküler ve fibriler bağ dokuları gözlenir (4). Bazı vakalarda dev hücreler osteoklastlara benzedi, bu dev hücreler belirgin olarak osteoklastlardan daha büyüktür ve çok azı normal kemik rezorpsiyon fonksiyonları gösterir (10). Lezyonlarda tipik olarak bol miktarda kapiller varlığı ile kanama odakları olup, değişik derecede inflamasyon ve vaskülarizasyon görülmektedir.

PDHG tedavisi, kitlenin tamamen cerrahi olarak eksizyonu ve sebep olan etiyolojik faktörlerin elimine edilmesidir. Kitlenin eksizyonu CO₂ lazer veya bistüri ile yapılabilmektedir. Literatürde ikisi arasında fark bulunmasada, lazer ile eksizyonun daha az kanama yapması, ağrının olmaması, görüşü artırması, sütür gerektirmemesi gibi avantajları vardır. Özellikle estetik bölgede bulunan lezyonlar eksize edildikten sonra yumuşak doku ogmentasyonu da önerilmiştir (12). İmplantlar etrafında görüldüğünde lezyonun derin ve geniş biçimde periosteuma ulaşmaya kadar eksize edilmesi önerilmiştir (3,13). Eversole ve arkadaşları yaptıkları çalışmada tedavi sonrası nüks riskinin %5 ile %11 arasında değiştiğini rapor etmişlerdir (14). Bizim olgumuzda ise 1 yıllık takip süresi sonucunda tekrarlanma olmamıştır.

Sonuç

PDHG vakalarında nüksü önlemek için, cerrahide periostu da içeren tam eksizyon, lezyon tabanının kürete edilmesi, lokal irritan faktörlerin uzaklaştırılması ve ağız bakımının iyi yapılması gerekmektedir.

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. Aslan M, Simsek Kaya G., Dayı E, Akkas M, Demirci E. . Erken Yasta Görülmüş Periferik Dev Hücreli Granüloma (Vaka Raporu). . Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006; 16(3): 61-64.
3. Brown AL, Camargo de Moraes P, Sperandio M, Borges Soares A, Araujo VC, Passador-Santos F. Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant: a case report and review of the literature. Case Rep Dent 2015; 2015: 697673.
4. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. Pediatr Dent 2000; 22: 232-233.
5. Katsikeris N, Kakarantza-Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg 1988; 17: 94-99.

6. Lester SR, Cordell KG, Rosebush MS, Palaologou AA, Maney P. Peripheral giant cell granulomas: a series of 279 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2014; 118: 475-482.
7. Chaparro-Avendano AV, Berini-Ayres 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: 53-57; 48-52.
8. 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: 548-551.
9. Erdur Ö, Kayhan FT, Toprak MS, Aktaş Ö. Periferik Dev Hücreli Granülom: Olgu Sunumu Bakırköy Tıp Dergisi 2008; 4: 122-125.
10. Develioğlu A, Bostancı V, Nalbantoğlu AM, . Periferik dev hücreli granülomanın değerlendirilmesi: olgu sunumu. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006; 9 (1): 46-49.
11. De Lange J, Van den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99: 464-470.
12. Abu Gharbyah AZ, Assaf M. Management of a Peripheral Giant Cell Granuloma in the esthetic area of upper jaw: A case report. Int J Surg Case Rep 2014; 5: 779-782.
13. Galindo-Moreno P, Hernandez-Cortes P, Rios R, Sanchez-Fernandez E, Camara M, F OV. Immunophenotype of Dental Implant-Associated Peripheral Giant Cell Reparative Granuloma in a representative case report. J Oral Implantol 2013.
14. Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. J Oral Pathol 1972; 1: 30-38.