

# Geniş Bir Hemanjiom Kökenli Multipl Flebolitler: Olgu Sunumu

## *Multiple Phleboliths Originating from a Large Hemangioma: A Case Report*

**Gaye BÖLÜKBAŞI**  
**Pelin GÜNERİ**

<https://orcid.org/0000-0001-8856-6567>

<https://orcid.org/0000-0001-9423-9191>

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İzmir

**Atf/Citation:** Bolukbaşı, G., (2023). Geniş Bir Hemanjiom Kökenli Multipl Flebolitler: Olgu Sunumu. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2023; 44\_3, 237-240.

### ÖZ

Baş ve boyun bölgesinde nadir olarak görülen yumuşak doku kalsifikasyonlardan biri olan flebolitler, sıklıkla hemanjiomlara eşlik eden kalsifiye trombüslerdir. Bir damar duvarının yaralanmasından veya kan akışının durmasından kaynaklandıkları düşünülmektedir. Organize olan trombüse bağlanan kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonat tuzlarının tabakalar halinde birikmesi, flebolitin mikroskopik ve radyografik olarak da yuvarlak veya oval, "bull's eye" olarak bilinen tipik hedef tahtası görüntüsünün oluşmasına neden olur. En sık pelvik venlerde görülmekle birlikte baş boyun bölgesinde %15-25 oranında izlenebilirler. Boyutları ve sayıları değişken olan flebolitler, subjektif semptomlara neden olmadıklarından çoğu zaman rutin görüntüleme sırasında tesadüfen saptanırlar. Baş-boyun bölgesi flebolitlerinin tipik görüntüsünü belirlemede standart radyografiler kullanılmakla birlikte, aynı bölgede oluşan sialolitler, tonsillolitler, kalsifiye lenf düğümleri, karotid arterdeki aterosklerotik plaklar, iyileşmiş akne lezyonları, sistiserkoz gibi diğer kalsifikasyonlardan ayırt edilmeleri için ileri görüntüleme yöntemlerinin tercih edilmesi gerekir. Sunulan olguda, 8 yaşından beri kavernoöz hemanjiom tanısıyla takip altında olan ve rutin dental muayene için kliniğimize başvuran 22 yaşında kadın hastanın klinik ve radyografik bulguları sergilenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Flebolit, hemanjiom, vasküler neoplazm, kalsifikasyon

### ABSTRACT

Phleboliths, one of the rarely seen soft tissue calcifications in the head and neck region, are calcified thrombi that often accompany hemangiomas. Phleboliths, resulting from injury of a vessel wall or cessation of blood flow are observed as typical target boards, microscopically and radiographically round or oval, as a result of the deposition of calcium phosphate and calcium carbonate salts that bind to the organized thrombus. Although they are most commonly seen in the pelvic veins, they can be observed in the head and neck region at a rate of 15-25%. Phleboliths, which are variable in size and number, are often detected incidentally during routine imaging, as they do not cause subjective symptoms. Although standard radiographs are used to determine the typical appearance of head and neck region phleboliths, advanced imaging methods should be preferred to distinguish them from other calcifications such as sialoliths, tonsilloliths, calcified lymph nodes, atherosclerotic plaques in the carotid artery, healed acne lesions, cysticercosis in the same region. Herein, clinical and radiographic findings of a 22-year-old female patient who has been under follow-up with the diagnosis of cavernous hemangioma since the age of 8 and applied to our clinic for routine dental examination are presented.

**Keywords:** Phlebolith, hemangioma, vascular neoplasm, calcification

Sorumlu yazar/Corresponding author\*: doanerg@yahoo.com

Başvuru Tarihi/Received Date: 21.02.2023

Kabul Tarihi/Accepted Date: 04.05.2023

## GİRİŞ

Çene-yüz bölgesinde nadir olarak görülen yumuşak doku kalsifikasyon ve ossifikasyonları, kalsiyum tuzlarının yumuşak dokularda birikmesi sonucu oluşan ve rutin radyografik tetkikler sırasında tesadüfen fark edilen asemptomatik oluşumlardır.<sup>1</sup> Nadir görülen kalsifikasyonlardan biri olan flebolitler; çoğunlukla hemanjiomlara eşlik eden, boyutları ve sayıları değişken olan kalsifiye trombüslerdir.<sup>2</sup> Bir damar duvarının yaralanmasından veya kan akışının durmasından kaynaklandıkları düşünülmektedir. İyileşme sürecinin bir parçası olarak meydana gelen trombüsün organize olmasıyla oluşan kalsifiye trombüs, flebolitin çekirdeğini oluşturur. Fibröz komponentin tabakalar halinde bu çekirdeğe bağlanıp kalsifiye olması ise flebolitin genişlemesine neden olur.<sup>2-5</sup> Tekrarlanan bu süreçle, biriken kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonat tuzları, flebolitin mikroskobik ve radyografik olarak da yuvarlak veya oval, "bull's eye" olarak bilinen, iç içe geçmiş halkalar şeklindeki tipik görüntüsünün oluşmasına neden olur.<sup>1,5-8</sup>

Standart radyografiler baş-boyun bölgesi flebolitlerinin tipik görüntüsünü belirlemede kullanılmakla birlikte,<sup>7,9,10</sup> maksillofasial bölgede yumuşak doku kalsifikasyonlarının panoramik radyografide saptanma oranı yaklaşık %19-19,7'dir.<sup>7</sup> Bu nedenle, tanıyı doğrulamak amacıyla farklı yöntemler kullanılmaktadır.<sup>9,10</sup> Yumuşak dokuların değerlendirilmesinde tercih edilen ultrason görüntüleme (USG), kalsifiye flebolitler, heterojen hipoekoik lezyonlar olarak izlenir.<sup>9</sup> Ancak kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ve BT'nin siyalografi ile kombinasyon halinde uygulanması tanı hassasiyetini arttırdığından, büyük ölçüde ultrasonun yerini almıştır.<sup>9</sup> Daha iyi yumuşak doku detayı için ise damarlardaki kan akışına da duyarlı olan ve vasküler malformasyonların doğasını ve kapsamını belirleyebilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi kullanılmaktadır.<sup>9,10</sup>

## OLGU SUNUMU

22 yaşında kadın hasta, diş çürükleri ve rutin dental muayene için kliniğimize başvurdu. Sistemik olarak herhangi bir hastalığı bulunmayan hastadan alınan anamnezde; 8 yaşından beri kavernoöz hemanjiyom tanısıyla takip altında olduğu, cerrahi müdahale planlandığı ancak hemanjiomun oldukça geniş bir bölgeye yayılması nedeniyle operasyonun yapılmadığı öğrenildi.

Ağız dışı muayenede hastanın alt dudağının sol yarısında yüzeysel kabarıklık, mavimsi mor renkte, yaklaşık 8 mm çaplı, fluktuan ve tabanlı bir lezyon

izlendi. Lezyonun alt dudakta asimetriye neden olduğu görüldü (Resim 1).



**Resim 1:** Alt dudağın sol yarısında yüzeysel kabarıklık, mavimsi mor renkte, yaklaşık 8 mm çaplı, fluktuan ve tabanlı bir lezyon izlenmektedir.

Hastanın ağız içi muayenesinde ise alt dudağın sol labial mukozasında, sol komissürden başlayıp sol tarafta tüm bukkal mukozayı içine alan ve farengal bölgeye dek uzanan, dilin sol tarafını ve ağız tabanının sol kısmını kapsayan kavernoöz tipte geniş bir hemanjiom olduğu gözlemlendi (Resim 2).



**Resim 2:** Sol komissürden başlayıp tüm bukkal mukozayı içine alan ve farengal bölgeye dek uzanan, dilin ve ağız tabanının sol kısmını kapsayan kavernoöz tipte geniş bir hemanjiom gözlemlenmektedir.

Panoramik radyografik görüntüde; hastanın alt çene sol taraf molar dişler bölgesine ve orofarengal bölgeye süperpoze olan, ağız tabanında, sol tarafta bukkal mukoza bölgesinde çapları 3-5mm arasında değişen multipl flebolitler tespit edildi (Resim 3). Radyografik görüntüde kalsifikasyonların birbiri içine geçmiş halkalar şeklinde, tipik flebolit görüntüsü sergiledikleri belirlendi (Resim 3).

Non invaziv bir görüntüleme yöntemi olan ultrasonla lezyonun değerlendirilmesi düşünüldü, ancak hasta tedavi yaptırmayacağını öne sürerek bu tetkiki kabul etmediği için başka bir inceleme gerçekleştirilemedi.



**Resim 3:** Panoramik radyografik görüntüde, hastanın 36-37-38 numaralı dişler bölgesine ve orofarengeal bölgeye süperpoze olan, ağız tabanında, sol bukkal mukoza bölgesinde çapları 3-5mm arasında değişen multipl flebolitler görülmektedir. Küçük resimde ise kalsifikasyonların birbiri içine geçmiş halkalar veya soğan halkaları benzeri bir yapıda oldukları izlenmektedir.

## TARTIŞMA

Bebeklik ve çocukluk döneminde en sık görülen iyi huylu, vasküler neoplazmlar olan hemanjiomların<sup>2,6</sup> anjiyogenez süreci boyunca, hiperplastik endotelial hücrelerden gelişen yeni damarlardan ortaya çıktıkları düşünülmektedir.<sup>6</sup> Kesin nedeni bilinmemekle birlikte; minör travmalar, aşırı kas kasılmaları veya hormonal değişikliklerin, önceden var olan tümörlerde kan akışını uyararak, kitlenin büyümesinde rol oynadıklarına inanılmaktadır.<sup>2,10</sup>

Hemanjiomlar genellikle doğumda gözlenmemekle birlikte, yaşamın ilk yılında hızla büyürler (proliferasyon fazı) ve 10-14 aylıkken kendiliğinden gerileme gösterebilirler (involyasyon fazı).<sup>6</sup> Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen<sup>3,9</sup> hemanjiomların büyüklüklerinin hamilelik ve menarşla birlikte değişebilmesi, bu fenomenin endotel hücrelerinin dolaşımdaki hormonlara oldukça duyarlı olabileceğini düşündürmektedir.<sup>9</sup>

Hemanjiomların yaklaşık %60'ı baş ve boyun bölgesinde bulunur<sup>2,3</sup> ve dudaklar, dil, yanak mukozası en sık yerleşim görülen yerlerdir. Ancak diş eti, mandibula, damak, ağız tabanı ve parotis bezinde de yüksek sıklıkla görülmektedirler.<sup>3</sup> En yaygın belirti, genellikle yaşamın ikinci veya üçüncü on yılında tespit edilen, ağrı, deformite ve renk değişikliğine sebep olan, yavaş büyüyen kitledir.<sup>2</sup> Sığ veya derin olabilirler ve cildin tüm katmanlarını etkileyebilirler ancak çoğunlukla bitişindeki kemiği etkilemezler.<sup>3</sup>

İçerdikleri durgun kan akışına sahip kıvrımlı vasküler kanallar nedeniyle hemanjiomlarda tromboz ve flebolit oluşumu sık görülmektedir.<sup>4</sup> Flebolitler, kendi başlarına subjektif semptomlara neden olmadıklarından çoğu zaman rutin görüntüleme sırasında tesadüfen tespit edilirler. En sık pelvik venlerde görülmekle birlikte baş

boyun bölgesinde %15-25 oranında izlenebilirler.<sup>5</sup> Ancak baş-boyun flebolitlerinin teşhisinde, aynı bölgede oluşan sialolitler, tonsillolitler, kalsifiye lenf düğümleri, karotid arterdeki aterosklerotik plaklar, iyileşmiş akne lezyonları, sistiserkoz gibi diğer kalsifikasyonlardan ayırt edilmeleri gerekir.<sup>4,5</sup>

Lezyonun çok sayıda ve düzensiz dağılım gösteren tipik görüntüsü konvansiyonel görüntüleme sistemleriyle tespit edilebildiği gibi MR, USG, BT ve konik ışınli bilgisayarlı tomografide (KİBT) de görülebilirler.<sup>1</sup> Sunulan olguda da ileri görüntüleme yöntemleri ile lezyonun detaylı değerlendirilmesi önerilmiş, ancak hasta daha fazla tetkik için onay vermemiştir.

Kendiliğinden gerileme eğilimi göstermeyen vakalar çoğunlukla cerrahi müdahale ile tedavi gerektirirler.<sup>9</sup> Bununla birlikte, tedavi seçeneklerinin vakanın özelliklerine göre belirlenmesi gerektiği ve hemanjiomun lokalizasyonu, boyutu, büyüme hızı, erişilebilirliği, invazyon derinliği, hastanın yaşı ve estetik gereksinimlerinin göz önünde bulundurulmasının önemli olduğu bildirilmektedir.<sup>2,4</sup> Tümörün infiltratif özellik taşıması nedeniyle, ideal tedavi yöntemi, çevreleyen normal doku sınırlarıyla birlikte lezyonun tamamen çıkarılmasıdır.<sup>4,10</sup> Ancak büyük lezyonların eksizyonu sırasında oluşabilecek ciddi kanamaları önlemek ve kan kaybını azaltmak için ameliyat öncesi arteriyel embolizasyon ve lezyona sklerozan ajan enjeksiyonu önerilmektedir.<sup>10</sup> Besleyici damarların bağlanması da kan kaybını en aza indirmeye yardımcı olur.<sup>4</sup> Cerrahi yöntemle tedavi sonrasında olguların %18 inde nüks olduğu, küçük besleyici damarlar, rezidüel tümör ve çevreleyen dokuya invazyon nedeniyle bu nüks oranının artabileceği bildirilmektedir.<sup>4</sup> Cerrahi müdahalenin mümkün olmadığı vakalarda periyodik takip, kortikosteroid kullanımı, kriyoterapi, lazer gibi alternatif tedavi seçenekleri önerilmektedir.<sup>2,9,10</sup> Sunulan olguda hastanın periyodik takiplerine devam edilmektedir.

## SONUÇ

Sonuç olarak; rutin dental radyografik tetkikler sırasında tesadüfen fark edilen, radyografik görüntüde birbiri içine geçmiş halkalara benzer yapıya sahip asemptomatik kalsifikasyonlar, ağız içi ve dışı muayene ile saptanamayan, derin yerleşimli hemanjiomların varlığını düşündürmelidir. Diş hekimlerinin yumuşak doku kalsifikasyonlarının radyografik tespiti konusunda bilgi sahibi olmaları hem hemanjiomlara doğru tanı konulması hem de lezyona eşlik eden flebolitlerin aynı bölgede oluşan diğer kalsifikasyonlardan ayırt edilmelerinin sağlanması açısından önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Avsever H, Orhan K. Çene Kemîği ve Çevre Dokuları Etkileyen Kalsifikasyonlar. Türkiye Klinikleri J Oral Maxillofac Radiol-Special Topics 2018;4:43-52.
2. Cui B, Wang DH, Wang GJ et al. Cavernous hemangiomas of the temporalis muscle with prominent formation of phleboliths: Case report and review of the literature. Medicine (Baltimore) 2017;96: e8948.
3. Hassani A, Saadat S, Moshiri R, Shahmirzadi S. Hemangioma of the buccal fat pad. Contemp Clin Dent 2014;5:243-6.
4. Kamatani T, Saito T, Hamada Y, Kondo S, Shirota T, Shintani S. Intramuscular hemangioma with phleboliths of the tongue. Indian J Dent 2014;5:100-1.
5. Mandel L, Perrino MA. Phleboliths and the vascular maxillofacial lesion. J Oral Maxillofac Surg 2010 ;68:1973-6.
6. Scolozzi P, Laurent F, Lombardi T, Richter M. Intraoral venous malformation presenting with multiple phleboliths. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;96:197-200.
7. Kılıcı G, Dönmez O, Özkan G. Multiple Flebolitlerle Birlikte Görülen Hemanjiyomlar: Vaka Serisi, Van Diş Hekimliği Dergisi 2021;2: 42-47.
8. Kato H, Ota Y, Sasaki M, Arai T, Sekido Y, Tsukinoki K. A phlebolith in the anterior portion of the masseter muscle. Tokai J Exp Clin Med 2012 20;37:25-9.
9. Chuang CC, Lin HC, Huang CW. Submandibular cavernous hemangiomas with multiple phleboliths masquerading as sialolithiasis. J Chin Med Assoc 2005;68:441-3.
10. Park JW, Kim CH, Moon CW. Intramuscular hemangioma in buccal cheek: a case report. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2017;43:262-266.