

## MAKSİLLER VE MANDİBULER TUTULUMLU SANTRAL DEV HÜCRELİ GRANÜLOM: OLGU SUNUMU

Temel COŞKUNER<sup>1</sup>, Elif YASUL<sup>1</sup>, Mahmut ÖZKIRIŞ<sup>1</sup>, Süheyl HAYTOĞLU<sup>1</sup>, Şeref ÜNVER<sup>1</sup>

Santral dev hücreli granülom baş-boyun bölgesinde çok ender görülen, iyi huylu fakat çevresel kemik destrüksiyonu yapması nedeni ile agresif seyirli bir tümördür. Dört aydır maksilla ön duvarı ve mandibula ramusunda şişlik şikayeti ile başvuran, 10 yaşındaki erkek hastanın yapılan insizyonel biyopsi sonuçları iki farklı lokalizasyon için de santral dev hücreli granülom olarak bildirildi. Hastanın yaşı ve yüz iskeletinin büyüme özelliğinin devam ettiği göz önüne alınarak, mandibüler kitle intralezyonel steroid enjeksiyonu ile tedavi edilirken, belirgin fasiyal asimetriye neden olan maksiller lezyon ise primer küretajla temizlendi. Altıncı ayda çekilen kontrol tomografilerinde maksiller bölgede rezidü veya nükse ait bulguya, mandibüler bölgedeki lezyonda ise progresyona rastlanmadı.

*Anahtar kelimeler: Dev hücreli granülom, patoloji, mandibula, rekürrens*

### CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA INVOLVING BOTH MAXILLA AND MANDIBULA: CASE REPORT

Central giant cell granuloma is rare in head and neck region. Although it is a benign tumor, the ability of local bone destruction makes it aggressive. Ten years old, male patient presented with a history of swelling in both maxilla and mandibula for 4 months. The results of insizyonel biopsies of the two different areas were as central giant cell granuloma. Because of the patient's age and growth pattern of the maxillofacial skeleton, the mandibular lesion was treated by intralesional steroid injection. The asymmetric view of the patient's face by the maxiller lesion allowed us to perform primary curettage of the lesion. Residual lesion or recurrence at the maxiller region and also progression of the lesion at the mandibular region were not seen in the control CT performed six months later.

*Key words: Giant cell granuloma, pathology, mandibula, recurrence*

Dev hücreli tümör ilk kez 16. yüzyılda Ambroise Pare tarafından tarif edilmiş olup, 1934 yılında Albright dev hücreli tümörlerin bir varyantı olan Brown tümörü tanımlamış ve son olarak da Jaffe 1953 yılında dev hücreli tümör grubuna ait, sıklıkla çenede görülen ve destrükte kemik alanlar çevresinde osteoid depozitler bulunan ve bu yüzden bir iyileşme alanı görünümü veren dev hücreli reperatif granülomu tarif etmiştir<sup>1,2</sup>.

Dev hücreli granülom (DHG) nadir görülen, iyi huylu, fakat lokal olarak agresif seyirli bir tümördür. Tüm dev hücreli lezyonların %2'si baş-boyun bölgesinde görülür<sup>3</sup>. Yaşamın 3. ve 4. dekadlarında görülme sıklığı artar<sup>4</sup>. Santral dev hücreli granülom (SDHG) ise sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde görülür<sup>5</sup>. SDHG aynı histolojik özellikte, çok heterojen dev hücreli lezyonların en sık görülen formudur. En sık maksiller kemiğin anterior parçası, %70 vakada da mandibula etkilenmiştir<sup>3</sup>.

Yaptığımız literatür taramalarında aynı hastada multiloküler tutulumu rastlamadık. Küretajla lokal eksizyon en çok kabul gören tedavi metodudur<sup>2</sup>. Hem maksilla ön duvarı hem de mandibula ramusunda multiloküler tutulumu olan hastamızda iki ayrı tedavi metodu uygulanmış ve sonuçları bildirilmiştir. Yüz iskeletinin büyüme ve şekillenme özelliği devam ettiğinden, kitlenin destrüktif özelliği ve agresif cerrahi sonrası oluşabilecek kozmetik ve fonksiyonel defektler göz önüne alınarak, özellikle çocuk hastalarda intralezyonel steroid enjeksiyonu tercih edilebilecek bir tedavi metodudur<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. KBB Kliniği

Başvuru tarihi: 29.12.2003, Kabul tarihi: 3.8.2004

### OLGU

On yaşındaki erkek hasta 4 ay önce yüzün sol üst yarısında hızlı büyüme gösteren şişlik ve 2 ay önce de sol mandibula angulusu ile uyumlu bölgede şişlik şikayeti ile hastanemiz Kulak Burun Boğaz Polikliniği'ne başvurdu (Resim 1).



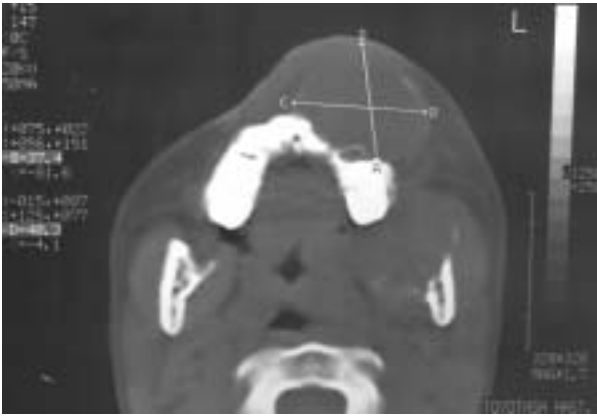
**Resim 1.** Yüzün sol üst yarısı ve sol mandibula angulusu ile uyumlu bölgede şişlik

Bir aydır sık tekrarlayan üst gingival kanamaları olan hastada 5 yıl önce sık tekrarlayan baş ağrıları ve konvülsiyon nedeni ile başvurduğu bir üniversite hastanesinde hipertansiyon saptanmış, antihipertansif tedavi başlanıp takibe alınmış, fakat hasta 3 yıl kontrole götürülmemiş. İki sene sonra şikayeti tekrarlayan olgunun o dönem yapılan tüm vücut sintigrafisinde bilateral sürrenal loj ve mesane üst kısmında fokal I-123 MIBG tutulumu saptanmış. Renal arter Doppler sonucu normal sınırlarda bulunmuş, hasta tekrar aynı hastaneye yatırılmış.

Hastanın yapılan göz hastalıkları konsültasyonunda grade 3 retinopati saptanmış ve tekrar antihipertansif tedavi başlanıp takibe alınmış. Hasta servisimize yatırıldığında tansiyon arteriyel (TA) değerlerinin yüksek seyretmesi üzerine hastanemiz çocuk hastalıkları kliniğince konsülte edildi ve aynı servise ileri tetkik amacı ile devredildi. Hastanın tekrarlanan tüm vücut sintigrafisi, üst ve alt batin ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) sonuçları normal bulundu. İdrarda valin mandelik asit 11.7 (2-12) mg/24sa olarak saptandı. Rutin biyokimya sonuçları normaldi. İntakt parathormon değeri 22.1 (12-72) pg/ml saptandı. İmmünolojik “marker”ların da normal sınırlarda bulunması üzerine, üçlü antihipertansif (Kaptopril 0,3 mg/kg, Lasix 2x20 mg, beta bloker 0,3 mg/kg) tedavi başlanıp, TA değerleri 120/80 sınırında stabilleştirildi.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol maksiller sinüs ön duvarında kabarıklık yapmış, nazolabial ve alar sulkusu silmiş, gingivobukkal sulkusu doldurmuş ve orta hattın sağına doğru geçmiş, yukarıda infraorbital rime 1cm kadar yaklaşmış, üzerindeki cildi fikse etmemiş, yaklaşık 6x6 cm’lik, sert, ağrısız kitle saptandı. Ayrıca sol mandibulada retromolar trigonu ve 1. ile 2. molar dişler hizasını kapatan, üzeri düzgün kitle ile sol submandibuler bölge ve angulus mandibula üzerinde düzgün yüzeyli, ağrısız, fikse 2 adet kitle saptandı.

Çekilen paranasal sinüs tomografisinde (Resim 2) maksiller kemik sol anterior kesiminde, cilt altı yerleşimli, 3x2.5x3 cm boyutlarında, intravenöz kontrast madde (İVKM) enjeksiyonu sonrası belirgin kontrast tutan, komşu kemik yapılarda destrüksiyona neden olan kitlesel lezyon ve bu kitleye komşu, sol maksiller kemik posterior kesiminde lokalize, kemik yapılarda destrüksiyona neden olan, 2.5x3 cm boyutlarında İVKM tutulumu gösteren bir kitlesel lezyon daha mevcuttu.



**Resim 2.** Paranasal sinüs tomografisinde maksiller kemik sol anterior kesimindeki cilt altı yerleşimli kitlesel lezyonun görünümü

Renkli Doppler incelemede lezyonun santral vaskülaritesinin artmış olduğu saptandı. Çekilen panoramik ortopantomogramda maksiller kemikte sınırları iyi belirlenemeyen destrüksiyona neden olan, mandibula alt 1. ve 2. molar diş hizasında ve retromolar trigonda kitlesel lezyon saptandı. Genel anestezi altında maksilla ön duvarı ve sol retromolar trigondan insizyonel biyopsiler alındı. Sonuç her iki bölge için de SDHG geldi.

Yüzün sol tarafında belirgin asimetriye ve diş yapısında ileri derece gelişim bozukluğuna neden olan maksilla ön duvarındaki kitleye primer küretaj yapılmasına, maksillofasial iskeletin büyüme özelliği göz önüne alınarak mandibuler kitlenin de postoperatif dönemde intralezyonel steroid enjeksiyonu ile tedavi edilmesine karar verildi. Sol Caldwell-Luc prosedürü uygulanıp kitle en blok olarak çıkarıldı. 3x4.5x1.5 cm boyutlarında, bir yüzü düzgün diğer yüzü kemik fragmanları içeren doku parçasının patolojik sonucu insizyonel biyopsi sonucu ile benzerdi.

Postoperatif 2. aydaki kontrolünde fasiyal asimetrinin tamamen kaybolduğu, mandibuler lezyonun boyutlarında değişiklik olmadığı görüldü ve 6 hafta süreyle, haftada bir kez olmak üzere 40 mg triamcinolone ve %0.5’lik bupivacaine intralezyonel olarak enjekte edildi. Altı aylık kontrollerinde lezyon bölgelerinde nüksü düşündürecek fiziksel ve radyolojik bulgu saptanmadı.

## TARTIŞMA

Dev hücreli tümörler aynı histolojik özellikte çok heterojen 5 farklı lezyondan oluşur ve birbirinden değişik şekilde tedavi edilir. Histoloji tek başına bu lezyonların ayırımında yetersiz kaldığında klinik ve radyoloji ile desteklenmelidir<sup>2-4</sup>. SDHG bu grubun en sık görülen formudur ve reaktif bir süreç olarak ortaya çıkar. Geniş radyolojik spektrumda küçük, asemptomatik, iyi sınırlı, radyolüsens, bazen periapikal kisti taklit eden lezyonlardan; kötü sınırlı, litik, geniş ekspansiyon gösteren, multiloküler, radyolüsens kitlesel lezyonlara kadar değişen şekillerde ortaya çıkabilir<sup>6</sup>.

SDHG’in biyolojik davranışı tahmin edilemez. Lezyonlar agresif ve nonagresif olarak ikiye ayrılır<sup>7</sup>. Chuang ve ark.<sup>6</sup>, agresif ve non agresif lezyonları klinik, radyografik ve histolojik özelliklerine göre ayırmışlar ve sonuç olarak agresif formun daha çok genç yaş grubunda, büyük kitlesel lezyonlar şeklinde ortaya çıktığını, bazen ağrı ve hipoesteziye neden olduğunu, korteksi erode ederek rekürrese eğilimli olduğunu bildirmişlerdir. Agresif lezyonlar sıklıkla çocuklarda, posterior mandibula veya ramusta ortaya çıkar. Radyolojik olarak 3 cm’den büyüktür ve BT’de dişlerde erime veya yer değiştirme ve kemik perforasyonları görülür. Histolojik olarak daha çok mitotik aktiviteye sahip, yuvarlak dağılmış multinukleuslu dev hücreler görülür<sup>4</sup>.



Brown tümörler histolojik olarak SDHG'a benzeyen, hiperparatiroidizme bağlı sistemik metabolik bir hastalığın lokal belirtisidir. Sıklıkla distal femur ve proksimal tibia etkilenir<sup>8</sup>. Gerçek dev hücreli neoplazm (osteoklastoma) özellikle uzun kemiklerin epifiz bölgesinde, çok nadiren baş-boyun bölgesinde görülür<sup>9,10</sup>. Dahil'in serisinde 226 vakadan sadece 3'ünde sfenoid kemikte gösterilmiştir<sup>2</sup>. Persistan nüksler ve metastazlarla seyreder. SDHG dev hücrelerin dağılım şekli, osseöz metaplazi bölgeleri, fibrojenik kollejenöz yapıda stroma ve hemorajinin bulunması ile dev hücreli kemik tümöründen ayrılır<sup>9</sup>.

Dev hücreli granülomların spontan regresyonu veya kalsifikasyonu İngiliz literatüründe hiç bildirilmemiştir<sup>1</sup>. İlk tedavi lokal küretajdır<sup>2,11</sup>. İki yıldan uzun süre takip edilen hastaların %89'unda başarı ile sonuçlanmıştır<sup>12</sup>. Geniş lezyonlar marjinal veya segmental rezeksiyon gerektirebilir<sup>13</sup>.

Radyoterapi yetişkin hastalarda cerrahiye uygun olmayan lokalizasyonlarda kullanılabilir. Çocuklarda sarkomatöz dönüşüm riski göz önüne alındığında ilk tercih edilecek tedavi değildir<sup>2</sup>.

Yüz iskeletinin büyümeye devam ettiği ve cerrahiye bağlı kozmetik ve fonksiyonel defektler göz önüne alındığında, çocuk hastalarda medikal tedavi seçenekleri kullanılabilir. İlk kez Bonyd ve ark. 1981 yılında, radikal cerrahi sonrası nüks eden agresif dev hücreli granülomlu bir olguya sistemik steroid tedavisi uygulamıştır. Dramatik bir yanıt alsalar da sistemik steroid tedavisine bağlı yan etkilerin ortaya çıkması üzerine tedaviyi kesmek zorunda kalmışlardır.

Jacoway ve ark. 1988'de, intralezyonel steroid tedavisini önermişlerdir<sup>5</sup>. Avi Khaif ve ark. benzer bir tedavi uyguladıkları hastanın iki yıl sonraki incelemesinde, lezyon bölgesinin tamamen yeni kemik oluşmasıyla iyileştiğini ve rekürrense ait hiç bir bulgu olmadığını bildirmişlerdir.

Bu yazıda anlatılan hasta maksillada hızlı büyüme özelliğine sahip olan ve geniş kemik destrüksiyonuna neden olan agresif özellikteki kitlenin etkisiyle oluşan fasiyal asimetrinin düzeltilebilmesi için, primer lokal küretaj ile tedavi edildi. Mandibula ramusundaki kitleye ise cerrahi uygulandığı takdirde oluşabilecek kozmetik ve fonksiyonel defekt göz önüne alınarak 6 hafta intralezyonel steroid tedavisi uygulandı. Hastamızda cerrahi ve steroid enjeksiyonları sonrası hiç bir komplikasyon oluşmadı.

Sonuç olarak; hem maksilla hem mandibulada SDHG saptanan ve yüz iskelet büyüme özelliği nedeni ile iki ayrı lokalizasyon için cerrahi tercih edilemeyen olguya farklı iki tedavi metodu uygulanmış ve erken dönemde başarılı bir sonuç alınmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Avi K, Greg K, Jesus EM. Treatment of giant cell granuloma of the maxilla with intralesional injection of steroids. *Head Neck* 2000; 22(8): 822-5.
2. Quick CA, Anderson R, Stool S. Giant cell tumors of the maxilla in children. *Laryngoscope* 1980; 60: 781-91.
3. Günhan Ö, Karcı B. Burun ve Sinüs Tümörleri. 1999: 61-3.
4. Whittaker SB, Waldron CA. Central giant cell lesions of the jaws: A clinical, radiological and histological study. *Oral Surg* 1993; 75: 199-201.
5. Terry BC, Jacoway JR. Management of giant cell granuloma: An alternative to surgical therapy. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am* 1994; 6: 579-81.
6. Chuong R, Koban LB, Kozakewich H, Perez AA. Central giant cell lesions of the jaws: A clinicopathologic study. *Oral Maxillofacial Surg* 1986; 44: 708-11.
7. Marh AC. Management of a huge central giant cell granuloma of the maxilla. *Oral Maxillofacial Surg* 1988; 376: 509-13.
8. Ruth M, Zankl M, Halal F, et al. Maxillary giant cell granuloma, pheochromocytoma and hyperparathyroidism without medullary thyroid carcinoma. *ENT Journal* 2000; 79(8): 590-3.
9. Üzeyir G, İrfan K, Turgut K, İbrahim Ö. Maksillanın dev hücreli kemik tümörü. *KBB İhtisas Dergisi* 1999; 6(3): 318-20.
10. Ricardo LC, Eugene NM. Neoplasms of the nose and paranasal sinuses. In: Byron JB (ed). *Head and Neck Surgery, Otolaryngology*. 2<sup>nd</sup> edition, Philadelphia, Lippincott Comp, 1998: 1452-3.
11. Stolovitzky JP, Charles AW, Mc Connel FM. Giant cell lesions of the maxilla and paranasal sinuses. *Head Neck* 1994; 6: 144-8.
12. Eisenbud L, Stern M, Rothbeng M, Sachs SA. Central giant cell granuloma of the jaws: Experiences in the management of the 37 cases. *Oral Maxillofacial Surg* 1988; 46: 376-9.
13. Stern M, Eisenbud L. Management of giant cell lesions of the jaws. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am* 1991; 3: 165-7.