

OLGU SUNUMU

Mandibulanın Sürnumere Dişle İlişkili Kompound Odontoması: Vaka Raporu

Compound Odontoma Associated with Supernumerary Tooth in Mandible: A Case Report

Mehtap MUĞLALI*, Nükhet ÇELEBİ**, Özgün ŞENYURT**, Levent YILDIZ***

ÖZET

Odontomalar, diş sert dokularından oluşan odontojenik tümörlerdir. Dental doku formları normal dişlere anatomik olarak benzeyen yapılar oluşturdıklarında bu yapı kompound odontoma olarak adlandırılır. Bu makalede radyolojik muayenesinde sağ mandibular lateral ve kanin dişlerinin kökleri arasında, içinde multipl radyopak kitleler bulunan, düzgün sınırlı radyolüsent alan gözlenen bir vaka sunulmuştur. Lezyon cerrahi olarak çıkarılmıştır. Tek odakta bulunan 7 adet diş benzeri yapı ile birlikte ayrıca bir sürnumere diş de çıkarılmıştır. Histopatolojik tetkik sonucu kompound odontoma olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Kompound odontoma, mandibula, sürnumere

ABSTRACT

Odontomas are the odontogenic tumors that consist of hard dental structures. If the dental tissues form as the normal tooth anatomically, it is named compound odontoma. We presented a lesion that was located between the roots of right lateral and canine, and has multiple radioopaque masses, and surrounded with a regular border in this case. The lesion was surgically excised. A supernumerary teeth was excised with 7 tooth-like mass. Compound odontoma was diagnosed in the histopathological examination.

Key words: Compound odontoma, mandible, supernumerary

Geliş tarihi : 22.09.2005

Kabul tarihi : 13.02.2006

Received date : 22.09.2005

Accepted date : 13.02.2006

Giriş

Odontomalar, ameloblast ve odontoblastların farklılaşmasıyla meydana gelen epitelyal ve mezenkimal dental sert doku hücrelerinden oluşurlar. Bu nedenle miks odontojenik tümörler olarak da adlandırılırlar. Bu tümörler mine ve dentin dokularından oluşmakla birlikte, değişik oranlarda sement ve pulpa dokuları da bulundurulabilirler^{1,2}. Bir başka tanımla odontomalar malformasyona uğrayan ektodermal ve mezodermal hücrelerden orijin alan hamartamatöz lezyonlardır³.

Odontomaların etiyolojisi bilinmemekle birlikte, lezyonun olduğu bölgede travma ve enfeksiyonun etkili olduğu ileri sürülmektedir^{2,4}. Ayrıca kalıtım ve genetik mutasyonun da etiyolojik etkilerinden bahsedilmektedir¹. Tümörün gelişimi süresince mine ve

dentinin birikimi ile kompound odontoma olarak adlandırılan normal dişlere anatomik olarak benzeyen yapılar oluşmaktadır. Bununla birlikte dental doku formları basit, düzensiz kitle meydana getirdiğinde bu yapı kompleks odontoma olarak tanımlanır².

Kompound odontomalar, kompleks odontomalara oranla daha sık görülmektedirler⁵. Philipsen ve ark.⁵ odontojenik lezyon ve malformasyonlar arasında kompound odontomaların %9-37 oranında olduğunu bildirmişlerdir.

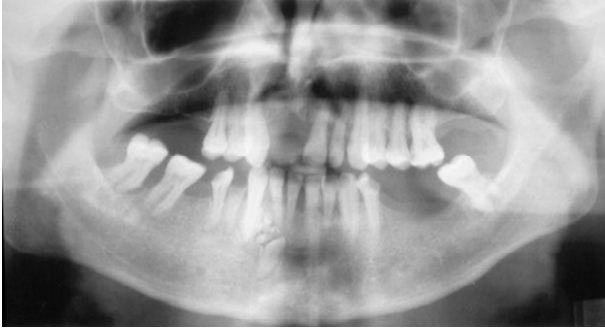
Genellikle asemptomatikler ve yavaş gelişim gösterirler. Nadiren diş boyutunu aşarlar fakat büyüdüklerinde kortikal kemikte ekspansiyona neden olabilirler². Eğer odontomanın lokalize olduğu alandaki ilişkili diş, sürebiliyorsa alveolar krette asemptomatik şişlik görülebilir⁶. Tümör fibröz kapsülle birlikte lezyonun tamamı çıkarılarak tedavi edilir. Nüks beklenmez. Semptom vermeyen tümörler tedavi edilmeden bırakılıp takibe alınabilir.

*Yrd.Doç.Dr., **Araş.Gör. Dt., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

***Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Samsun

Vaka Raporu

Kliniğimize periyodik muayenesini yaptırmak için başvuran 32 yaşında erkek hastanın, radyolojik muayenesinde alt sağ mandibular lateral ve kanin dişlerinin kökleri arasında, içinde multipl radyopak kitleler bulunan, düzgün sınırlı radyolusent alan gözlemlendi (Resim 1).



Resim 1. Panoramik radyografik görüntü.

Alınan anamnezden hastanın ilgili bölgeden herhangi bir şikayeti olmadığı belirlendi. Yapılan klinik muayenede ise bu bölgedeki oral mukoza ve kemik yapısının doğal anatomik görünümünde olduğu gözlemlendi.

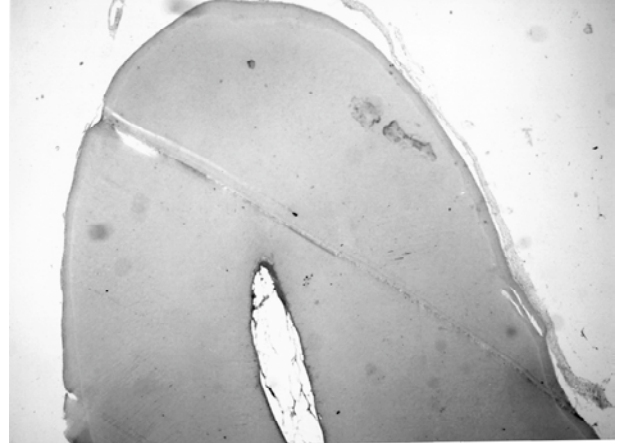
Tipik radyolojik görüntüsü nedeniyle odontoma ön tanısı konuldu. Lokal anestezi altında 7 adet sert doku kitlesi, çevresindeki fibröz kapsülüyle birlikte çıkarıldı. Lezyonlardan bir tanesi dışında hepsinin tek köklü olduğu görüldü (Resim 2). Lezyonla yakın ilişkide olan gömülü sürümere diş çekildi.



Resim 2. Operasyon sonrası çıkartılan lezyonun görüntüsü:

Ç: Çift köklü odontoma
S: Sürümere diş

Histopatolojik tetkikte mine-dentin-sement yapısının düzenli organizasyon gösterdiği ve lezyonun kompozit odontoma olduğu belirtilmiştir. Hasta takip altına alındı (Resim 3).



Resim 3. Mine-dentin-sement yapılarının düzenli organizasyon gösterdiği kompozit odontoma'nın histopatolojik görüntüsü.

Tartışma

Odontomalar diş gelişiminin etkilenmesinin bir sonucu olarak meydana gelirler. Tüm odontojenik tümörlerin %70'ini oluştururlar. Genellikle ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde görülür^{7,8}. Bireyler arasında görülme sıklığı açısından belirgin fark gözlenmez³. Vakamız yaş itibarıyla literatürle uyumlu değildir.

Coğrafik dağılım çeşitlilik gösterir; ABD, Almanya ve Kanada'da görülen tüm odontojenik tümörler içindeki odontomaların oranı sırasıyla %73.8, %56.4, 57.8'ini oluştururken⁹ Türkiye'de bu oran %20'ye düşmektedir¹⁰.

Etiyolojisinde fiziksel travma, enfeksiyon ve kalıtsal rahatsızlıkların olduğu bildirilmektedir^{2,4}. Hastadan alınan anamnezde; ilgili bölgede bir travma hikayesi olmadığı, enfeksiyon meydana gelmediği ve kalıtsal bir hastalığı olmadığı öğrenilmiştir.

Daimi dişlenme döneminde meydana gelen odontomalar çok nadir olarak süt dişleriyle ilişkilidirler¹¹. Çoğu zaman sürmemiş dişlerle ilişkili olan odontomalar; kaninler, üst santral keserler ve üçüncü molar dişlerin gömülü kalmasına neden olabilir². Vakamızda mandibula anterior segmentteki tüm dişler arka bulunduğundan lezyonun daimi dişlerle herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır. Ancak lezyonun yakınında sürümere bir diş olması, bu dişin sürme travmasına bağlı bir lezyon oluşumunu düşündürmektedir. Yeung ve ark.¹² da sürmemiş dilase-

re üst süt kesici dişle ilişkili kompound odontoma vakasında lezyon bölgesine yakın bir sürnumere diş bildirmişlerdir.

Bir grup araştırmacıya göre kompound odontomalar, kompleks odontomalara nazaran daha sıklıkla sürmemiş bir dişle ilişkilidir ve bu sürmemiş diş normal seri veya sürnumere bir diş olabilir^{13,14}.

Odontomalar tiplerine göre çenelerde değişik lokalizasyonlarda yer alırlar. Maksillanın anterior bölgesinde lokalize olan odontomaların çoğu kompound odontoma iken; mandibulanın posterior bölgesinde kompleks odontomalar daha fazla gözlenir^{2,8,14}. Bizim vakamızda kompound odontoma mandibulanın anteriorunda yerleşmişti.

Aseptomatik gelişen odontomalar kontrol radyografilerinde tesbit edilir. Ancak kalsifikasyon eksikliğinde tanımlanmaları güçtür². Olgun formları çevresinde ince radyolusent çizgi bulunan diş benzeri radyopak kitlelerdir. Bu görünümüyle vakanın, lezyonun radyografik görünümü göz önüne alınarak gelişimini tamamlamış bir odontoma olduğu düşünülmüştür.

Kompound odontomaların tipik radyolojik görüntüsü; tek odakta çok sayıda küçük diş benzeri yapılarıdır. Vakamızda da tek odakta 7 adet diş benzeri yapı bulunmaktadır. Yarım çene arkındaki diş sayısı-

na eşit olması nedeniyle vakanın ilginç olduğu düşünülmektedir. Literatürde 7 adet diş benzeri yapı içeren bir vakadan² bahsedilmesine rağmen arkta sürmemiş diş bulunması nedeniyle vakamızla benzerlik göstermemektedir.

Literatürde diş benzeri yapıların hemen hemen her zaman tek köklü olduğu¹⁵ bildirilmekle birlikte çıkarılan lezyonlardan birinin çift köklü olduğu gözlenmiştir.

Lezyon odağı tipik olarak kökler arasında ya da gömülü diş kuronlarının üzerinde yer alır¹⁶. Vakamızda lezyonun lateral ve kanin dişler arasında lokalize olduğu gözlenmiştir.

Histolojik olarak incelendiğinde kompound odontomalar diş benzeri yapılardan oluşmaktadır. Bunlar pulpa dokusu çevresinde dentin ve dentini örten mine yapısıdır. Çevresindeki bağ doku kapsülü normal diş folikülüne benzerdir². Vakamızın histolojik görünümü klasik histopatolojik görünüm ile uyumludur.

Odontomaların tedavisinde lezyon konservatif cerrahi uygulanarak uzaklaştırılır ve rekürrens oranı düşüktür^{2,17}. Vakamız lokal anestezi altında, lezyon total olarak çıkarılarak tedavi edildi. 1.5 yıldır yapılan kontrollerde rekürrense rastlanmamış olup hastamız halen takibimiz altındadır.

Kaynaklar

1. Owens BM, Schuman NJ, Mincer HH, Turner JE, Oliver FM. Dental odontomas: a retrospective study of 104 cases. J Clin Pediatr Dent. 1997; 21: 261-4.
2. De Oliveria BH, Campos V, Marcal S. Compound odontoma diagnosis and treatment: three case reports. Pediatr Dent. 2001; 23: 151-7.
3. Swan RH. Odontomas. A review. Case presentation and periodontal considerations intreatment. J Periodontol. 1987; 58: 856-60.
4. Iwamoto O, Harada H, Kusakawa J, Kameyama T. Multiple odontomas of the mandible: A case report. J Oral Maxillofac Surg. 1999; 57: 338-41.
5. Philipsen HP, Recihart PA, Praitorius F. Mixed odontogenic tumors and odontomas. Consideration on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol. 1997; 33: 86-99.
6. Terezhalmay GT, Riley CK, Moore WS. Clinical images in oral medicine and maxillofacial radiology. Odontomas Quintessence Int. 2001; 32: 336-7.
7. Katz RW. An analysis of compound and complex odontomas. ASDC J Dent Child. 1989; 56: 445-59.
8. Budnick SD. Compound and complex odontomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976; 42: 501-6.
9. Lu Y, Xuan M, Takata T ve ark. Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in a Chinese population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 86: 707-14.
10. Lukes SM, Wachter KM. Compound odontoma: A case study. J Dent Hyg. 2003; 77: 47-9.
11. Stajcic ZZ. Odontoma associated with a primary tooth. J Pedod. 1988 ;12: 415-20.
12. Yeung KH, Cheung RC, Tsang MM. Compound odontoma associated with an unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. Int J Paediatr Dent. 2003; 13: 208-12.
13. Morning P. Impacted teeth in relation to odontomas. Int J Oral Surg. 1980; 9: 81-91.
14. Bodin I, Julin P, Thomson M. Odontomas and their pathological sequels. Dentomaxillofac Radiol. 1983; 12: 109-14.

15. Sedano HO, Pindborg JJ. Ghost cell epithelium in odontomas. J Oral Pathol. 1975; 4: 27.
16. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology, 4th Edition-

Clinical Pathologic Correlations. Saunders; 2003; 286–8.

17. Othman MY. Delayed eruption of maxillary primary cuspid associated with compound odontoma. J Clin Pediatr Dent. 1999; 23: 147–9.

İletişim adresi:

Dt. Özgün ŞENYURT
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı
55139, Kurupelit, SAMSUN

Tel: 0362 312 19 19 - 3480
e-posta: dt_ozgunsenyurt@yahoo.com

İzole Stiloid Proçes Kırığı: Vaka Raporu

Isolated Styloid Process Fracture: Case Report

Figen ÇİZMECİ ŞENEL*, Bora BAĞIŞ*, Emre TOSUN**, Cem ÜNGÖR**

ÖZET

Stiloid proçes, kafa kaidesinde temporal kemikten aşağı, mediale ve anteriora doğru uzanan ince bir kemiktir ve etrafındaki yumuşak dokularla yastıklanması ve korunaklı bir bölgede bulunması nedeniyle travmadan korunur. Literatürde izole stiloid proçes kırığına nadir olarak rastlanır. Bu çalışmada mandibula parasimfiz bölgesine gelen künt travma sonucu stiloid kemikte unilateral olarak meydana gelen izole bir kırık olgusu sunulmuş ve ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Stiloid proçes kırığı, stiloid proçes

Geliş tarihi : 21.02.2006

Kabul tarihi : 28.02.2006

Stiloid proçes (SP), kafa kaidesinde temporal kemikten aşağı, mediale ve anteriora doğru uzanan ince bir kemiktir ve Stylofaringeal, Stylohyoid ve Styloglossal kaslar ile stylohyoid ve stylomandibular ligamentler bu proçese yapışmaktadır¹⁻⁷. Embriyolojik olarak SP, stylohyoid ligament ve hyoid kemiğin alt kornu bölümü ile birlikte Reichert kartilajı olarak adlandırılan ikinci brachial arktan oluşur. Sahip olduğu kartilaj orjini nedeniyle ligamentin mineralize olma potansiyeli vardır⁵⁻⁷.

Stiloid proçesin ortalama uzunluğu 20-32 mm arasında değişmektedir^{1-3,8}. SP temporal kemikten itibaren boyu 30 mm'yi geçtiğinde elongasyon göstermiş olarak değerlendirilir. Elongasyonun toplumdaki insidansı %4 olarak belirtilmiş ve bunlarında %4'ünün semptomatik olduğu rapor edilmiştir⁹. Stiloid proçesin semptomatik elongasyonu veya stilohyoid yada stilomandibular ligamanın mineralizasyonu Eagle sendromu olarak; ilk defa 1937 yılında Eagle tarafından tanımlanmıştır^{2,10}.

SP etrafındaki yumuşak dokularla yastıklanması ve korunaklı bir bölgede bulunması nedeniyle travma-

ABSTRACT

Styloid process is a thin bone projects from the skull base, extending from the temporal bone, inferiorly, medially and anteriorly and protected from trauma as it is supported by soft tissues and located in a protected area. Isolated styloid process fracture is reported rarely in the literature. In this study, unilateral styloid process fracture, as a result of blunt trauma directed to the mandibular parasymphiseal region is presented and the differential diagnosis is discussed.

Key words: Styloid process fracture, styloid process

Received date : 21.02.2006

Accepted date : 28.02.2006

lardan korunur. Literatürde izole stiloid proçes kırığına nadir olarak rastlanır. Bu konuda doğru tanı eksikliğinin oldukça fazla olduğu ve gerçek stiloid proçes kırığı insidansının bugüne kadar rapor edilenden daha fazla olduğu araştırmacılar tarafından rapor edilmiştir¹.

Bu olgu raporunda Temporomandibular eklem şikayeti nedeniyle kliniğimize yönlendirilen ancak stiloid proçes kırığı olarak tanı alan bir vakanın tedavisi sunulmakta ve ayırıcı tanı konusu tartışılmaktadır.

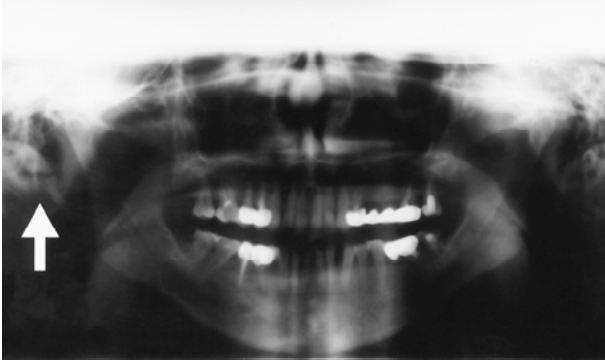
Vaka Raporu

45 yaşındaki bayan hasta sağ Temporomandibular eklem bölgesindeki şiddetli ağrı, kulak çınlaması ve ağız açıklığındaki kısıtlanma nedeni ile bir başka hekim tarafından yönlendirilerek Temporomandibular eklem şikayeti tanısı ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan klinik muayenesi sonucunda sağ temporomandibular eklem bölgesinde palpasyon ağrısı, başını sağ-sol yönde hareket ettirirken ağrı ve ağız açıklığında kısıtlanma tespit edildi. Hasta bu şikayetinin yaklaşık 15 gün önce başladığını ve başladığı günlerde başının sağ tarafına bir darbe aldığını söyledi. Bu süre zarfında çeşitli hekimlere

*Yrd.Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Trabzon

**Araş.Gör. Dt., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon

müracaat ettiğini ancak bir sebep bulunamadığını ve ağrısının aynı şiddette sürdüğünü belirtti. Alınan panoramik radyografide sağ stiloid proçesin kırılarak temporal kemikten ayrıldığı tespit edildi (Resim).



Resim. Panoramik radyografide sağ stiloid proçesteki kırık izlenmektedir.

Hastamıza konservatif tedavi yöntemi tercih edilerek nonsteroidal antienflamatuar ilaç verildi. Ayrıca yumuşak diyetle beslenmesi ve aşırı hareketlerden kaçınması önerildi. 3 aylık takip periyodunun ardından hastanın şikayetleri tamamen kayboldu.

Tartışma

Stiloid proçes kırığının semptomları ve fiziksel muayene bulguları Eagle tarafından tanımlanan stiloid proçes elongasyonunun bulguları ile benzerdir. Bu bulgular arasında faringeal ağrı, yutkunma güçlüğü, disfaji, kronik boğaz hassasiyeti, trismus ve mandibulanın lateral hareketlerinde kısıtlanma, başın yana çevrilmesi ile oluşan ağrı tonsiller fossanın palpasyonunda hassasiyet, faringeal ödem, otalji, tinnitus, temporomandibular eklem ağrısı, atipik myofasiyal ağrı, migren, boğazda yabancı cisim hissi, temporal arterit, trigeminal nevralji, glossofaringeal nevralji, carotis arter sendromu sayılabilir. Bazı izole stiloid proçes kırıklarında -özellikle hyoid kemik kırığı ile birlikte görülen- solunum güçlüğü de görülebilmektedir¹. Bu bulguların arasında yer alan

Temporomandibular eklem ağrısı diş hekimlerinin en çok karşılaştığı hasta şikayetlerinden birisidir ve ilgili bulguların bazılarının TME ye ait problemlerde de görülmesi ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir. Çoğu zaman bu semptomlar TME rahatsızlıkları ile ilgili olarak düşünülür ve SP kırığı rutin klinik muayenelerde teşhis edilemeyebilir. Bu sebeple oluşan fasiyal ağrılar; protez uzmanları, maksillofasiyal cerrahlar, otolaringolojistler, nörologlar, beyin cerrahları ve psikiyatristler tarafından tedavi edilmeye çalışılmıştır. SP kırığının teşhisindeki problemler elonge stiloid proçes teşhisinde de olduğu gibi seri çekim, tüberoplasti, alveoloplasti, TME problemlerinin tedavi edilmeye çalışılması gibi birçok yanlış tedavilere yol açmıştır. SP kırığında, semptomlu elonge stiloid proçes değerlendirilmesinde olduğu gibi ayırıcı tanıda dikkatli olmak gereklidir^{5,11}.

Stiloid proçes kırıklarını değerlendirmek için Panoramik radyografiler, lateral oblik mandibula, posteroanterior kafa grafisi, Towne ve lateral sefalometrik radyografiler kullanılabilirler¹⁰ ancak SP nin anatomik lokalizasyonu nedeniyle her zaman ayırıcı tanıya yardımcı olabilecek radyolojik görüntüler elde edilemeyebilir ve bilgisayarlı tomografi gibi daha ileri radyolojik tetkikler gerekebilir^{1,12-14}. Bizim vakamızda rutin olarak alınan panoramik grafi teşhiş konusunda yardımcı olmuştur.

Stiloid proçes kırıklarında tedavi protokolü olarak yumuşak diyet, nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar, kas gevşeticiler, maksillomandibular fiksasyon, boyunluk kullanımı gibi konservatif yöntemlerin yanı sıra semptomların giderilemediği durumlarda ekstraoral ya da intraoral yaklaşım teknikleri ile cerrahi tedavi de uygulanabilir^{1,15}. Bizim vakamızda konservatif yaklaşımla iyi sonuç alınmış ve 3 aylık takip sonunda hastanın şikayetlerinin tamamen gerilediği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak dikkatli ve etkin bir klinik ve radyolojik muayene ile fasiyal ağrılardaki yanlış teşhisleri ve hastaların yanlış tedavi almalarını önlemek mümkündür.

Kaynaklar

1. Miloro M. Fracture of the styloid process: A case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52: 1073-7.

2. Eagle WW. Elongated styloid process: Report of 2 cases. Arch Otolaryngol. 1937; 25: 584.

3. Eagle WW. Elongated styloid process: Further observations and a new syndrome. Arch Otolaryngol. 1948; 47: 630.

4. Bozkır MG, Boga H, Dere F. The evaluation of Elongated Styloid Process in Panoramic Radiographs in Edentulous Patients. *Tr J of Medical Sciences*. 1999; 29: 481–5.
5. Zaki HS, Greco CM, Rudy TE, Kubinski JA. Elongated styloid process in a TMJ disorder sample: prevalence and treatment outcome. *J Prosthetic Dent*. 1996; 75: 399–405.
6. Fini G, Gasparini G, Filippini F, Becelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. *J Craniomaxillofac Surg*. 2000; 28: 123–7.
7. Ocarrol MK. Calcification in the stylohyoid ligament. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1984; 58: 617–21.
8. Kursoglu P, Unalan F, Erdem T. Radiologic evaluation of styloid process in young adults resident in Turkey's Yeditepe University faculty of dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 100: 491–4.
9. Eagle WW. Symptomatic elongated styloid process: report of 2 cases of styloid process-carotid artery sendrome with operation. *Arch Otolaryngol*. 1949; 49: 490–503.
10. Schroeder WA. Traumatic Eagle's syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991; 104: 371–4.
11. Rizzatti-Barbosa CM, Riberio MC, Silva-Concilio LR, DiHipolito O, Ambrosano GM. Is an elongated stylohyoid process prevalent in the elderly? A radiographic study in a Brazilian population. *Gerodontology*. 2005; 22: 112–5.
12. Mc Corkell SJ. Fractures of the stiloid proses and stylohyoid ligament: An uncommon injury. *J Trauma*. 1985; 25: 1010–2.
13. Monsour PA, Young WG. Variability of the styloid process and stylohyoid ligament in Panoramic radiographs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986; 61: 522–6.
14. Scaf G, Freitas DQ, Loffredo LCM. Diagnostic Reproducibility of the elongated Styloid Process. *J Appl Oral Sci*. 2003; 11: 120–4.
15. Langlais Rp, Miles DA, Van Dis ML. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: A proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986; 61: 527–32.

İletişim adresi:

Yrd.Doç.Dr. Figen ÇİZMECİ ŞENEL
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
61080, TRABZON

Tel : 0462 377 47 00
email: fcşenel@hotmail.com

Periferal Dev Hücreli Granüloma: Bir Olgu Sunumu

Peripheral Giant Cell Granuloma: A Case Report

Tahsin DEMİR*, Murat AKKOCAOĞLU**, Zafer C. ÇEHRELİ***

ÖZET

Periferal dev hücreli granüloma (PDHG), kronik travma veya lokal irritasyonu takiben periosteum veya periodontal membrandan köken alan ağız boşluğunun iyi huylu reaktif bir lezyonudur. PDHG nadiren de olsa altındaki kemik dokusunu etkileyen bir yumuşak doku lezyonudur. Klinik bulgular tek başına göz önüne alındığında piyojenik granüloma, periferal ossifiyng fibroma ve hemangioma'dan ayırt edilmesi zor olabilir. Bu olgu sunumunda 10 yaşında bir kız çocuğundaki periferal dev hücreli granüloma rapor edilmiş ve lezyonun ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Periferal dev hücreli granüloma, piyojenik granüloma, kemik rezorbsiyonu

ABSTRACT

Peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a benign reactive lesion of the oral cavity, originating from the periosteum or periodontal membrane following local irritation or chronic trauma. PGCG is a soft tissue lesion that very rarely affects the underlying bone. Based on clinical features alone, pyogenic granuloma, peripheral ossifying fibroma and hemangioma can be difficult to differentiate from a peripheral giant cell granuloma. This report presents occurrence of peripheral giant cell granuloma in a 10 year-old girl and discusses differential diagnosis of the lesion.

Key words: Peripheral giant cell granuloma, pyogenic granuloma, bone resorption

Geliş tarihi : 05.06.2006

Kabul tarihi : 16.10.2006

Received date : 05.06.2006

Accepted date : 16.10.2006

Giriş

Periferal Dev Hücreli Granüloma (PDHG), ağız boşluğu içerisinde en sık karşılaşılan dev hücreli lezyondur^{1,2}. PDHG'lar kronik travma veya lokal irritasyon sonrasında periosteum, bağ dokusu veya periodontal membrandan köken alırlar¹⁻³. Bu lezyonlar literatürde “peripheral giant cell tumor, giant cell epulis, osteoclastoma, reparatory giant cell granuloma, giant cell hyperplasia” olarak da adlandırılırlar⁴. Klinik olarak düzgün, yumuşak veya sert, parlak, saplı veya sapsız bir kitle olarak gözlenirler. Renkleri, koyu kırmızıdan mor ve maviye kadar değişebilmektedir. Yüzeylerinde genelde ülserasyonlar bulunmaktadır^{1,3,5}. Lezyon boyutu, küçük papüllerden geniş hacimli kitlelere kadar çeşitlilik gösterir. Genellikle çapları 2 cm'den daha küçüktür. İnterdental papil, dişsiz alveolar marjin veya alveolar dişeti seviyesi sıklıkla görüldüğü bölgeler-

dir^{1,4,5}. Ağrı PDHG'nın karakteristik bir özelliği değildir. Birçok vakada lezyonun büyümesinin tekrarlayan travmalara bağlı olduğu gözlenmiştir. PDHG bir yumuşak doku lezyonu olmakla birlikte ilerlemiş olgularda alttaki kemik dokusunu etkileyerek çeşitli rezorbsiyonlara yol açabilir¹. Tedavisinde lezyonun cerrahi olarak uzaklaştırılması gerekir⁴. Bu sunumda PDHG'lı bir hastanın klinik ve histolojik bulgularının yanında ayırıcı tanısı tartışılmaktadır.

Olgu

10 yaşındaki kız hasta kliniğimize “ilerlemiş piyojenik granüloma” ön tanısı ile başvurdu. Hastanın medikal hikayesinde herhangi bir sistemik probleminin olmadığı tespit edildi. Ağız içi muayenede sağ üst kanin bölgesinde dişsiz alveolar marjinden komşu alveolar dişeti seviyesine uzanan, rengi koyu kırmızıdan mavi-mora değişen, palpe edildiğinde yumuşak ve kolay kanayabilen, yaklaşık 2.0 x 1.0 cm boyutlarında bir lezyon tespit edildi (Resim 1, 2). Spontan ağrı şikayeti olmayan hastada çiğneme fonksiyonu ve diş fırçalama sırasında aşırı kanama olduğu öğrenildi. Bağlı bulunduğu kurum hekimi ta-

*Dr.Dt., Başkent Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Ankara

**Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

***Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Ankara