

# Periferik Dev Hücreli Reperatif Granülomda BT ve MRG Bulguları

Dr. İmran DEMİRCİ (1), Dr. A. Yüksel BARUT (2), Doç. Dr. Adil ÖZTÜRK (3), Dr. Nilgün KARPUZ (1)

## ÖZET

*Dev hücreli reperatif granülom (DHRG), kortikal kemik defektü ve ekspansiyon yapan, nadir görülen fibroosöz bir lezyondur. Travma ve intramedüller hemorajiye sekonder gelişen, genellikle çocuklarda ve genç kadınlarda görülen, reaktif, inflamatuvar bir olaydır. Tedavide küretaj ya da rezeksiyon uygulanır. Bu çalışmada kaynaklardaki bilgiler gözden geçirilerek, sağ alt konka yerleşimli periferik tip dev hücreli reperatif granülomu (PDHRG) olan olgu değerlendirildi.*

**Anahtar kelimeler:** Dev hücreli granülom, periferik tip, konka

## SUMMARY

### *Peripheral Giant Cell Granuloma: CT and MRI Findings*

*Giant cell reparative granuloma (GCRG) is a rare, benign fibroosseous lesion typically presenting as an expansile mass with cortical bone defect. GCRG is a reactive inflammatory process secondary to trauma and intraosseous hemorrhage and predominantly affects children and young women. The usual therapy is curettage or resection. We present a case of a giant cell reparative granuloma. In this study a case with peripheral giant cell granuloma was evaluated and obtained results was compared with literature.*

**Key Words:** Giant cell granuloma, peripheral type, concha

## GİRİŞ

Dev hücreli reperatif granülom (DHRG), ilk kez 1953 yılında, Jaffe tarafından intramedüller hemoraji veya travma nedeniyle oluşan kemiğin reperatif reaksiyonu olarak tanımlanmıştır. Gerçek bir tümörden çok, anormal tamir sonucu oluşan reaktif, patolojik, hiperplazik bir lezyondur (1). En sık genç hastalarda izlenmekle birlikte yaşamın 4. dekadında da görülme sıklığı artabilir. Genellikle nazal fossa, etmoid sinüs ve maksiller sinüste yerleşir. Premolar diş bölgesinde yerleşimi sıktır. İkincil olarak orbita içine uzanabilirler. Olgular genellikle asemptomatik olup, lezyonun lokalizasyon yerine bağlı olarak lokal ağrı, periorbital şişlik, diplopi görülebilir.

Tedavide DHRG lerin büyük bir kısmında rezeksi-

yon uygulanır. Son yıllarda kalsitonin ile başarılı tedavi yapıldığına ilişkin yayınlar yapılmıştır (2).

Bu çalışmada nazal kavitede yerleşen periferik tip DHRG tanısı alan bir olgu bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile sunuldu.

## Olgu

On dokuz yaşında bayan hasta burun tıkanıklığı yakınması ile hastanemize başvurdu. Çekilen paranasal sinüs BT incelemesinde sağda nazal kaviteyi dolduran yaklaşık 3 cm çapında fibroosöz lezyon izlendi (Resim 1). Bu lezyon MRG de tüm sekanslarda hipointens olup, belirgin kontrast tutulumu göstermedi (Resim 2, Resim 3a ve 3b).

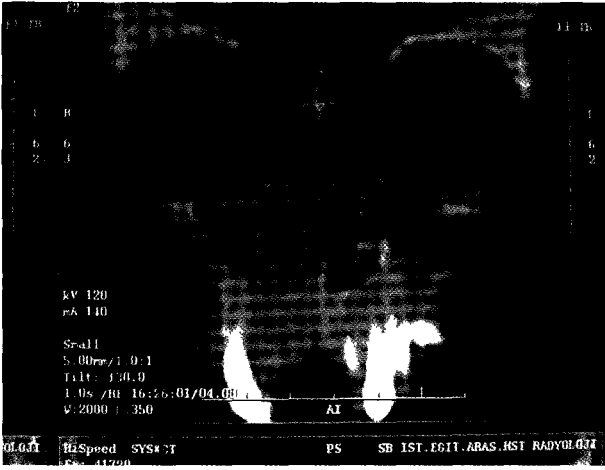
## Tartışma

PDHRG, osteoklastoma veya dev hücreli hiperplazi

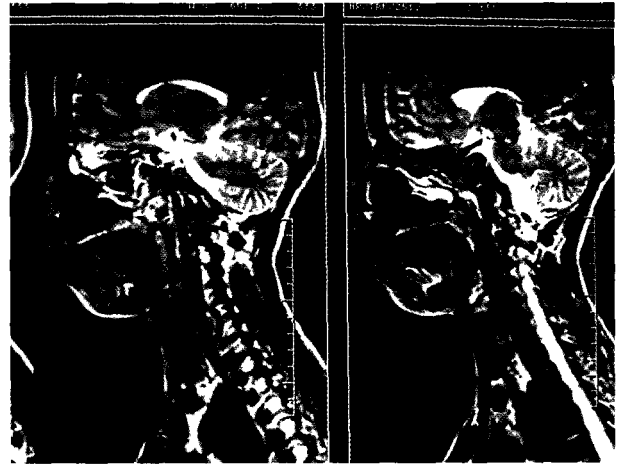
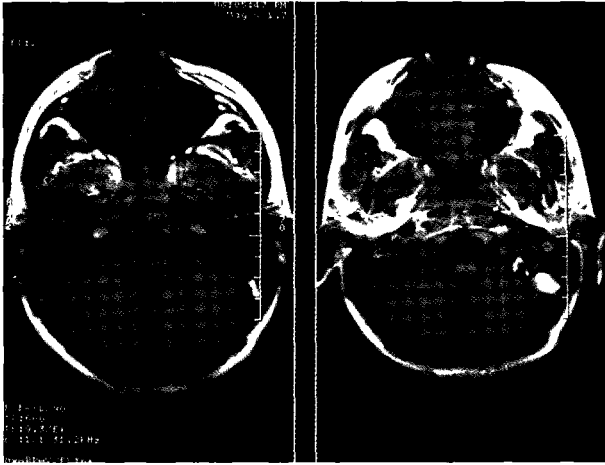
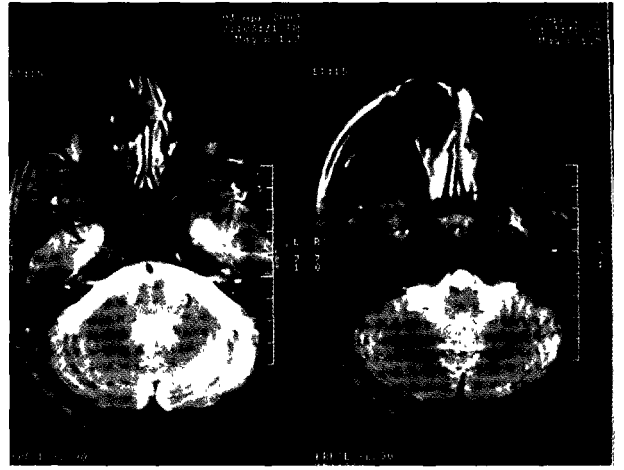
*S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği  
Asistanı (1)*

*S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Şefi (2)*

*S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği MRG  
Bölümü (3)*



Resim 1: Paranasal BT de sağ nazal kavitede 3 cm boyutunda fibrossöz lezyon izlenmektedir.



Resim 3a ve 3b: MRG' de T2 A da lezyon hipointens karakterde izlenmektedir.

Resim 2: MRG' de lezyon, T1 A da hipointens karakterde izlenmektedir.

olarak da bilinen, oral kavitenin seyrek görülen reaktif, ekzofitik bir lezyonudur. Seyrek olarak elin tübüler kemikleri, ayak ve vertebralarda da görülür. Dev hücreli lezyonlar, yavaş büyüyen asemptomatik radyolüsent lezyonlardan, hızlı genişleyen agresif yapıda ağrı ve kök rezorpsiyonu ile karakterize, yüksek nüks potansiyeli olan lezyonlara kadar geniş bir yelpaze dağılımı gösterirler. Tanı, inflamasyon ve vaskülarizasyonun değişen derecelerinin görüldüğü stromadaki, multinükleer dev hücrelerin varlığı ile doğrulanır. Dev hücrelerin orijinleri tam olarak bilinmemekle birlikte, bazı araştırmacılar bu lezyonların kapiller endotelial hücrelerden köken aldığını ileri sürmektedirler (3).

Histolojik olarak; PDHRG, çok miktarda ovoid ve

fusiform şekilli genç bağ dokusu hücreleri ve çok çekirdekli dev hücreler içeren retiküler ve fibriler bağ dokudan oluşan kapsülsüz doku kitlesidir (4). DHRG yaklaşık 2 cm çapında yumuşak ve esnek, mavimsi kırmızı renkte, yüzeyi parlak veya pürüklü, polipoid veya nodüler tarzda bir kitledir.

DHRG'lerin periferik ve santral olmak üzere iki tipi vardır. Dokular birbirine benzer olmasına karşın, periferik lezyonlar gingival ya da alveoler mukozadadırlar. Santral lezyonlar ise genellikle endostealdır. PDHRG santral lezyonlardan 10 kat daha fazla görülür. Periferik lezyonları 2 cm yi genellikle geçmezler ve skuamöz epitel kaplıdırlar. SDHRG daha çok mandibulada bulunur. PDHRG diş eti ve alveoler proses üzerinde, SDHRG ise kemikten gelişir.

DHRG nin Nörofibromatozis tip 1 ve Noonan Sendromu ile birlikte izlenebilmesi, kromozomal defektlerle

bağlantısı olabileceğini düşündürmektedir (5).

Lezyonların ayırıcı tanısında klinik seyir, laboratuvar bulguları, radyolojik bulgular ve histolojik görünüm önemlidir. Başta Brown tümör ve dev hücreli kemik tümörü olmak üzere anevrizmal kemik kisti, fibröz displazi ve odontojenik tümörler akla gelmelidir. Uygun ve yeterli bir biyopsi ile DHRG ler kemiğin dev hücreli tümörleri ve hiperparatiroidide oluşan lezyonların dışındaki diğer bütün lezyonlardan ayrılır. Serum kalsiyum, fosfor ve serum parathormon düzeyi ölçülerek hiperparatiroidi dışlanabilir. DHRG, özellikle 30 yaşından küçük bayan hastalarda ortaya çıkarlar, tek odaklı lezyonlardır. Genellikle mandibulanın ön kısmında daha az oranda sırayla, diğer yüz kemiklerinde, elde ve ayakta görülürler. Dev hücreli kemik tümörleri, kemik matürasyonundan sonra oluşurlar ve sıklıkla uzun kemiklerin epifizlerinde görülürler (6).

DHRG de erken dönemde lezyonlar küçük ve uniloküle iken, büyük lezyonlar septasyonlar gösterirler ve kortikal kemiklerde yumurta kabuğu izlenimi verip, kemiği destrükte ederler. Radyogramlarda kemiğin ekspansiyonu ve incilmesi ile seyreden sinüs opasifikasyonu dikkati çeker. Bir çalışmada lezyonların %87.5 i radyolusen, %2.5 i radyopak ve geri kalanı karışık opasitede değerlendirilmiştir (7). BT de non-spesifik ekspansil litik lezyon şeklinde, MRG de hemosiderin ve fibröz dokuya bağlı olarak T1 ve T2 sekanslarda düşük sinyal intensitesinde görülürler. T2A da yüksek sinyal intensitesinde olabilir. Sıvı-sıvı seviyelenmeleri, kortikal destrüksiyon görülebilir. DHRG lerde malign değişim ve metastaz bildirilmemiştir (8).

DHRG de küretaj ve rezeksiyon sonrası tekrarlama olasılığının yüksek oluşu, son zamanlarda kalsitonin ile tedaviyi ve radyolojik takibi önemli hale getirmiştir. Tekrarlanma riskinin %5 ve %11 arasında değiştiği rapor edilmiştir (8). Rekürrenslerinde agresivite söz konusu değildir. Radyoterapi; DHRG de sarkomatöz değişikliklere yol açabileceğinden kontrendikedir.

## Kaynaklar

1- **Güngör A, Poyrazodlu E, Erol H, Candan H, Özkal P, Yazgın Y.** Çenede görülen dev hücreli reparatif granülomlar. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1996; 4:99-102.

- 2- **Haris M.** Central giant cell granulomas of the jaws regress with calcitonin therapy. Br J Oral Maxillofac Surg 1993; 31:89-94.
- 3- **Yamaguchi T, Dorfman HD.** Giant cell reparative granuloma: a comparative clinicopathologic study of lesions in gnathic and extragnathic sites. Int J Surg Pathol 2001;9:189-200.
- 4- **Flaitz CM.** Peripheral giant cell granuloma: A potentially aggressive lesion in children. Pediatr Dent 2000; 22: 232-238.
- 5- **Zhu Q, Qui J.** Cytogenetic analysis on giant cell tumor of bone. Chin J Pathol 1999; 23:162-165.
- 6- **Santos BA, Lobato RD, Ramos A, et al.** Giant cell reparative granuloma of the occipital bone. Skeletal Radiol 2003;32:151-155.
- 7- **Whitaker, S. B., Waldron, C.A.** Central Giant Cell Lesions of the Jaws. A Clinical, Radiologic and Histopathologic Study. Oral Surg.Oral Pathol 1993; 75:199-208.
- 8- **Boedeker CC, Kayser G, Ridder GJ et al.** Giant cell reparative granüloma of the temporal bone. Ear Nose Throat J 2003; 82:926-937.