

STAFNE KEMİK KAVİTESİ: 2 OLGU SUNUMU*

STAFNE BONE CAVITY: 2 CASE REPORTS*

Yrd. Doç. Dr. Adnan KILINÇ*
Prof. Dr. Ümit ERTAŞ*

Arş. Gör. Dt. Nesrin SARUHAN*
Doç. Dr. M. Akif SÜMBÜLLÜ**

Makale Kodu/Article code: 1730
Makale Gönderilme tarihi: 04.06.2014
Kabul Tarihi: 29.09.2014

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Stafne kemik kavitesi bulunan 2 olgunun klinik ve radyolojik özellikleri ile 1 yıllık takiplerini sunmaktır. Stafne kemik kavitesi bulunan iki erkek hastanın radyolojik ve klinik bulguları değerlendirildi. Klinik olarak herhangi bir şikayeti bulunmayan 65 yaşında erkek hastanın sol mandibular premolar bölgesinde mental foramenin hemen altında, 64 yaşında erkek hastanın ise sağ mandibular birinci molar dişinin apikalinde lokalize Stafne kemik kavitesi tespit edildi. Radyolojik ve klinik olarak 1 yıllık takibi yapılan iki olguda herhangi bir problem olmadığı görüldü. Stafne kemik kavitesi, genellikle rutin kontroller sırasında tesadüfen fark edilir. Tedavisi periyodik kontrollere dayanan konservatif tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Kemik kistleri, Mandibula, Takip

ABSTRACT

The purpose of this study is to present two patients with Stafne bone cavity and its clinical and radiological features with 1-year follow-up. Radiological and clinical findings of two male patients with Stafne bone cavity were evaluated. Stafne bone cavity was determined both 65 years old male patient with any complaints clinically at mandibular premolar region below the mental foramen and 64-year-old male patient at mandibular first molar tooth apical. Any problem was observed radiological and clinical 1 year follow-up in both patients. Stafne bone cavity is usually noticed incidentally during routine controls. Treatment is conservative based on periodic controls.

Key Words: Bone Cysts, Mandible, Pursuit

GİRİŞ

Stafne kemik kavitesi (SKK); ilk kez 1942 yılında Stafne tarafından mandibular posterior bölgede tek taraflı, mandibula angulusu ile birinci molar diş arasında lokalize, inferior alveoler kanalın altında ve genellikle mandibula basisi üstünde bulunan asemptomatik radyolüsent kavite olarak tanımlandı.¹ SKK, Stafne'nin kemik defekti ya da kisti, statik kemik kisti, idiopatik kemik kavitesi, mandibular tükürük bezi defekti ve lingual mandibular kemik defekti gibi çeşitli isimler altında da adlandırılmaktadır.²⁻⁵ SKK, genellikle posterior lingual tip için kullanılmaktadır. Anterior lingual tipi posteriora nazaran 7 kat daha nadir görülmektedir ve genellikle kesici ve premolar bölgede mylohyoid kas üzerinde lokalizedir.^{6,7} SKK, %0.10 ile

%0.48 oranında görülmektedir.^{8, 9} SKK, panoramik röntgende kistik görünüme sahiptir ve yalancı kist sınıflandırılmasında yer almaktadır.^{10, 11} Radyolojik olarak kemik defektinin kortikal sınırları odontojenik kistlerden daha yoğun ve kalındır.¹² Genellikle ektojik tükürük bezi dokusu içerir, biopsi almaya gerek yoktur.¹¹ Herhangi bir cerrahi tedavi gerektirmez.^{8, 13-15}

Bu çalışmanın amacı, Stafne kemik kavitesi bulunan 2 olgunun klinik ve radyolojik özelliklerini tanımlayarak 1 yıllık takiplerini sunmaktır.

OLGU SUNUMLARI

64 ve 65 yaşlarında iki erkek hasta rutin radyolojik incelemeler sonucu tespit edilen asemptomatik mandibular kistik lezyonla kliniğimize başvurdu. Her iki

* Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız Dış ve Çene Cerrahisi A. D

** Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız Dış ve Çene Radyolojisi A. D

***Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği (TAOMS) 21. Uluslararası Bilimsel Kongresi 18-22 Mayıs 2014, Bodrum-Türkiye, poster olarak sunulmuştur.**

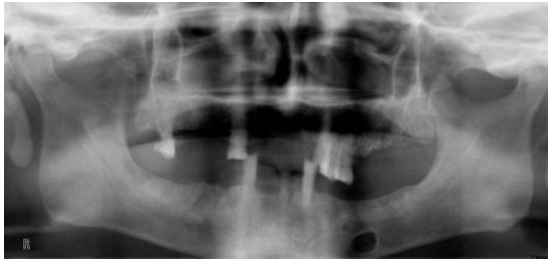


vakadan da alınan panoramik radyografilerde, inferior alveoler kanalın altında veya üstüne süperpoze olan, biri mandibulanın posterior bölgesinde diğeri de mental foramenin hemen altında lokalize, yuvarlak ve ovoid şekilli, radyolüsent lezyonlar tespit edildi.

Hastalardan alınan anamnezler sonucunda olgu 1’de diabetes ve hipertansiyon bulunduğu, olgu 2’nin ise herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. Travma hikayesi mevcut olmayan hastalarda, ekstraoral ve intraoral klinik muayene sonucunda herhangi bir lenfadenopati, enfeksiyon, şişlik ya da kist ile ilişkili dişte pulpa nekrozuna rastlanmadı. Hastaların klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi sonucu Stafne kemik kavitesi teşhisi konuldu. Lezyonların asemptomatik olmasından dolayı hastalara herhangi bir cerrahi işlem uygulanmayıp takip edilmelerine karar verildi. 1 yıllık takipler sonucunda hastaların herhangi bir şikayeti bulunmadığı görüldü.

OLGU 1

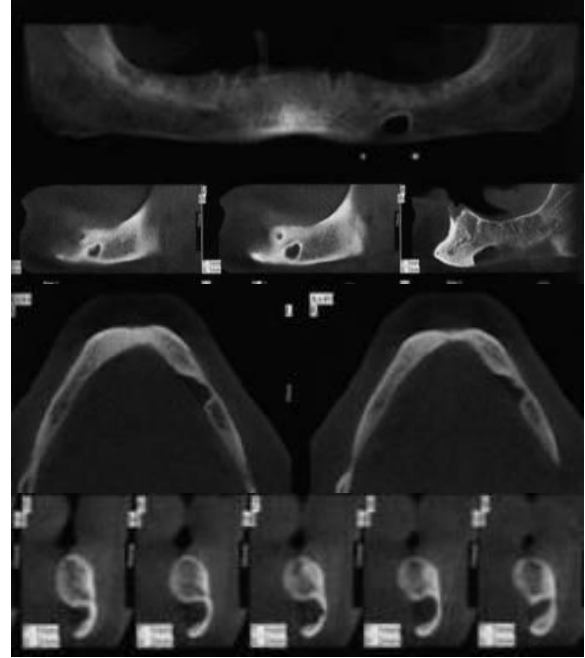
Rutin kontroller sırasında radyolojik olarak fark edilen kistik lezyonla kliniğimize başvuran 65 yaşında erkek hastanın panoramik radyografisinde sol mandibular premolar bölgede mental foramenin hemen altında lokalize, yuvarlak şekilli, iyi sınırlı radyolüsent lezyon tespit edildi (Resim 1). Lezyon bölgesindeki premolar dişleri 10 yıl önce çekilen hastanın yapılan intraoral ve ekstraoral muayenesinde herhangi bir şişlik veya enfeksiyon belirtisi bulunmamaktaydı.



Resim 1. Olgu 1’e ait SKK’nın panoramik radyografisi

SKK ön tanısı koyulan hastada lezyon anterior konumlu olduğu için kesin tanı koymak amacıyla hastadan Cone beam computed tomography (CBCT) istendi. Alınan CBCT’nin aksiyel kesitlerinde; edante sol mandibular premolar-molar bölgede, mental foramenin distalinde, mandibular kanalın altında, alveolar proçesten basis mandibulaya kadar uzanan alanda 10 x 9.8 x 10.1 mm ebatlarında bukkal kortikal perforasyon ve lingualde belirgin depresyon alanı şeklinde,

sınırları düzenli kortikal devamlılık gösteren uniloküler litik depresyon alanı izlenmekteydi. İlgili depresyon alanı, sol mandibular sinir ile ilişkili değildi (Resim 2).



Resim 2. Olgu 1’e ait CBCT görüntüleri

Radyolojik ve klinik muayene sonucu anterior Stafne kemik kavitesi teşhisi konuldu. Hastanın klinik bir problemi olmadığı görüldüğünden herhangi bir cerrahi işlem uygulanmadı. 1 yıldır takip edilen ve takibi devam etmekte olan hastanın herhangi bir şikayeti bulunmamaktadır.

OLGU 2

Rutin kontrolleri sırasında radyolojik olarak fark edilen kistik lezyonla kliniğimize başvuran 64 yaşında erkek hastanın panoramik radyografisinde sağ mandibular molar diş apikalinde lokalize, oval şekilli, düzgün sınırlı, radyolüsent lezyon tespit edildi (Resim 3). Geniş bir restorasyonu bulunan mandibular molar dişte restorasyonun pulpaya çok yakın olmasından dolayı dişin devital olabileceği düşünülerek lezyon radyolojik olarak radiküler kist yönünde değerlendirilmişti. Fakat hastanın herhangi bir klinik şikayeti bulunmamakla birlikte ilgili dişin vital olduğu görüldü.

Yapılan klinik muayene sonucu, hastada intraoral ya da ekstraoral olarak herhangi bir şişlik ya da enfeksiyon bulgusu bulunmamaktaydı. Yapılan tüm

klirik ve radyolojik muayene sonucunda, mandibular kanala süperpoze durumdaki radyolüsent lezyona SKK teşhisi koyuldu ve hasta takibe alındı. 1 yıllık takip sonucunda herhangi bir şikayeti bulunmayan hastanın takibine devam edilmektedir.



Resim 3. Olgu 2'ye ait SKK'nın panoramik radyografisi

TARTIŞMA

Stafne kemik kavitesi (SKK), ilk kez 1942'de Stafne tarafından yuvarlak veya oval, iyi sınırlı, tek taraflı, radyolüsent, mandibular kanalın altında lokalize 35 vaka olarak tanımlandı.^{1, 16} Literatürle uyumlu olarak iki olgumuz da tek taraflı, oval ve yuvarlak, radyolüsent ve mandibular kanalın altında lokalize durumdaydı. Lokalizasyon olarak bir olgumuz tanımlamaya uygun olarak posterior tipte SKK olmakla birlikte diğer olgumuz ise daha nadir görülen anterior tipte SKK'ıdır.

SKK'nın patogenezi halen tam olarak bilinmemektedir. Stafne, bölgeye önceden kırıldak dokunun yerleşmesinden dolayı normal kemik birikimindeki bozukluk sonucu kavitenin meydana geldiğini ileri sürmektedir.^{1, 10} Ancak, en yaygın olarak kabul edilen görüş, bölgeye yakın olan tükürük bezinin mandibula lingual yüzeye uyguladığı lokalize basınç sonucunda kavitenin meydana geldiğidir.¹⁷

SKK, genellikle hayatın 5. ve 7. dekatları arasında ve erkeklerde görülmektedir.^{8, 9} Bizim iki olgumuz da literatüre uygun olarak 7. dekattaki erkek hastalarda görülmekteydi.

Parvizi ve Rout, panoramik radyografideki konumu ve özellikleri ile SKK teşhisinin koyulabileceğini ileri sürmektedir.¹⁸ Katz ve ark. ise BT'nin bu kemik defektinin tanısında ve takibinde en uygun noninvaziv tanı yöntemi olduğunu ileri sürmektedirler.⁷ Bizim iki vakamızda da benzer şekilde panoramik radyografi ile

teşhis konuldu. Fakat olgu 1'de SKK anteriorda konumlandığı için CBCT ile teşhis doğrulandı.

SKK'nın ayırıcı tanısı, benign ve malign lezyonlarla yapılmalıdır. Odontojenik kistik lezyon, nonossifying fibroma, fibröz displazi, Brown tümör, keratistik odontojenik tümör, basal hücreli nevus sendromu, dev hücreli granülom, hemanjiom, arteriovenöz malformasyon ile sınırları düzgün olmayan ve hızlı büyüyen ossifying fibrosarkoma veya malign ameloblastom gibi malign lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^{13,19,20}

Anterior ve posterior tipleri bulunan SKK'nın posterior tipi en çok bilinen ve daha sık görülen tipidir ve angulus mandibula ile birinci mandibular büyük azı diş arasında inferior alveoler kanalın hemen altında lokalizedir.^{1-3,8-10,12-14,21-25} Olgularımızdan birinde SKK'nın posterior tipi sağ mandibular molar diş apikalinde lokalize durumdaydı. Diğer olgumuzda ise SKK sol mandibular premolar bölgede mental foramenin hemen altında lokalize olarak bulunmaktaydı.

Her ne kadar SKK'nın posterior ve anterior tipleri ileri tedavi gerektirmese de çoğunlukla tanı amaçlı cerrahi eksplorasyon, insizyonel biopsi ve enükleasyon rapor edilmektedir.^{3, 26, 27} Bizim iki olgumuzda da klinik olarak şikayeti bulunmayan hastalara herhangi bir cerrahi tedavi uygulanmayarak hastalar sadece takibe alındı.

SONUÇ

Sonuç olarak; Stafne kemik kavitesi, tükürük bezi dokusu içeren bir kemik defektidir. Rutin kontroller sonucu tesadüfen fark edilir, radyolojik ve klinik olarak kolayca teşhis edilir. Genellikle herhangi bir cerrahi işlem gerektirmez ve sadece takip önerilir.

KAYNAKLAR

1. Stafne E. Bone cavities situated near the angle of mandible. J Am Dent Assoc 1942;29:1969-72.
2. Branstetter BF, Weissman JL, Kaplan SB. Imaging of a Stafne bone cavity: what MR adds and why a new name is needed. American journal of neuroradiology 1999;20:587-9.
3. de Courten A, Kuffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics 2002;9:460-4.

4. Dolanmaz D, Etöz EO, Pampu AA, Kılıç E, Şişman Y. Diagnosis of Stafne's bone cavity with dental computerized tomography. *Eur J Gen Med* 2009;6:42-5.
5. Kale E, Beydemir K. Total protez retansiyonunda Stafne kemik kavitesinden yararlanım: olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2004;10:90-3.
6. Sisman Y, Etoz OA, Mavili E, Sahman H, Tarım Ertas E. Anterior Stafne bone defect mimicking a residual cyst: a case report. *Dento maxillo facial radiology* 2010;39:124-6.
7. Katz J, Chaushu G, Rotstein I. Stafne's bone cavity in the anterior mandible: a possible diagnostic challenge. *Journal of endodontics* 2001;27:304-7.
8. Dereci O, Duran S. Intraorally exposed anterior Stafne bone defect: a case report. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology* 2012;113:e1-3.
9. Quesada-Gomez C, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 2006;11:E277-80.
10. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity--magnetic resonance imaging. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 2006;11:E345-7.
11. Regezzi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology-clinical-pathologic correlations. Philadelphia: WB Saunders Co; 2003.
12. Flores Campos PS, Oliveira JA, Dantas JA, de Melo DP, Pena N, Santos LA, et al. Stafne's Defect with Buccal Cortical Expansion: A Case Report. *International journal of dentistry*, 2010: 515931.
13. Turkoglu K, Orhan K. Stafne bone cavity in the anterior mandible. *The Journal of craniofacial surgery* 2010;21:1769-75.
14. Layne EL, Morgan AF, Morton TH, Jr. Anterior lingual mandibular bone concavity: report of case. *Journal of oral surgery* 1981;39:599-600.
15. Kurklu E, Ogut M, Kazancıoğlu, HO, Ak G. Stafne Kemik Kavitesi: İki Olgu Nedeniyle. *Atatürk Üniversitesi Diş Hek Fak Derg* 2012;5:10-5.
16. Tolman DE, Stafne EC. Developmental bone defects of the mandible. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 1967;24:488-90.
17. Boyle CA, Horner K, Coulthard P, Fleming GJ. Multiple Stafne bone cavities: a diagnostic dilemma. *Dental update* 2000;27:494-7.
18. Parvizi F, Rout PG. An ossifying fibroma presenting as Stafne's idiopathic bone cavity. *Dento maxillo facial radiology* 1997;26:361-3.
19. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc* 1999;19:1107-24.
20. Tominaga K, Kuga Y, Kubota K, Ohba T. Stafne's bone cavity in the anterior mandible: report of a case. *Dento maxillo facial radiology* 1990;19:28-30.
21. Barker GR. Xeroradiography in relation to a Stafne bone cavity. *The British journal of oral & maxillofacial surgery* 1988;26:32-5.
22. Grellner TJ, Frost DE, Brannon RB. Lingual mandibular bone defect: report of three cases. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1990;48:288-96.
23. Aguiar LB, Neves FS, Bastos LC, Crusoe-Rebello I, Ambrosano GM, Campos PS. Multiple stafne bone defects: a rare entity. *ISRN dentistry* 2011; 792145.
24. Reuter I. An unusual case of Stafne bone cavity with extra-osseous course of the mandibular neurovascular bundle. *Dento maxillo facial radiology* 1998;27:189-91.
25. Dorman M, Pierson D. Ectopic salivary gland tissue in the anterior mandible: a case report. *British dental journal* 2002;193:571-2.
26. Buchner A, Carpenter WM, Merrell PW, Leider AS. Anterior lingual mandibular salivary gland defect. Evaluation of twenty-four cases. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 1991;71:131-6.
27. Apruzzese D, Longoni S. Stafne cyst in an anterior location. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1999;57:333-8.

Yazışma Adresi

Dt. Nesrin SARUHAN
Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A D. Erzurum
Fax: 090 442 236 09 45
Tlf: 090 442 231 17 47
e-mail: dt_nesrin@yahoo.com

