

BİR VAKA NEDENİYLE LOBÜLER KAPİLLER HEMANJİYOM

LOBULAR CAPILLARY HEMANGIOMA: A CASE REPORT

*Gülay TÜTER **

Utku TOYMAN †

Özet

Lobüler kapiller hemanjiyom veya pyojenik granülom fibrovasküler doku ve endotelial proliferasyonun fokal reaktif gelişimi ile sonuçlanan iyi huylu bir lezyondur. Her yaş döneminde ve farklı lokalizasyonlarda görülebilir. Genel olarak tedavisi cerrahi olarak lezyonun çıkartılması, travmatik ve enfeksiyöz faktörlerin kontrolü şeklindedir. Bu makalede lobüler kapiller hemanjiyomlu bir vaka ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiyom, dişeti büyümesi, periodontal tedavi, gingivektomi

Summary

Lobular capillary hemangioma or pyogenic granuloma is benign lesion with a focal reactive development of fibrovascular tissue and endotelial proliferation. It can appear to any age in different locations. Generally, the treatment method is surgical removal and the control of the traumatic and infectious influential factors. In the present study, a patient with lobular capillary hemangioma was presented as detailed.

Keywords: Hemangioma, gingival hyperplasia, periodontal treatment, gingivectomy

Makale Gönderiliş Tarihi : 09.04.2007

Yayına Kabul Tarihi : 30.07.2007

* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

† Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Dt.

GİRİŞ

Vücudun çeşitli bölgelerinde görülen yumuşak doku tümörleri aynı zamanda oral mukozada da görülebilir. Bu tümörlere örnek olarak periferik sinirlerden kaynaklanan nörolom ve nörofibrom, kan damarlarından kaynaklanan hemanjiyom ve düz kaslardan kaynaklanan lemyom verilebilir. Bu neoplazmların genel olarak dişetinde oluşma eğilimleri yoktur. Klinik olarak lokal fibröz hiperplazilerden ve diğer neoplastik olmayan lezyonlardan ayırt edilmeleri güçtür. Ancak hemanjiyomlar ve nevuslar dişetinde de görülebilir².

Hemanjiyomlar çocukluk çağında en çok görülen deri lezyonlarıdır ve endotel proliferasyonuna bağlı olarak gelişen iyi huylu bir tümör olarak kabul edilmektedir. Genellikle yaşamın ilk haftalarında ortaya çıkar, hızla büyür ve daha sonra da kendiliğinden gerilerler. Literatürde hemanjiyomlara benzeyen diğer bir lezyon gurubu damarsal malformasyonlar olarak belirtilmektedir. Ancak damarsal malformasyonlar doğumda farkedilen, yaşla orantılı olarak büyüyen kalıcı lezyonlardır⁷. Damarsal malformasyonlar sıklıkla sistemik, yapısal anomalilerle birlikte görülürken, hemanjiyomlar nadir olarak yapısal anomalilerle birlikte görülür⁸. Oral kavitenin hemanjiyomları özellikle mukoz ve diş eti hemanjiyomları çok sık gözlenmez, oluştukları takdirde interdental papilladan başlar ve komşu dişleri de içine alacak şekilde yayılırlar¹⁰. Hemanjiyomlar diğer damarsal anomalilerden klinik özellikleri, histopatolojik görüntüleri ve biyolojik davranışları bakımından farklılıklar gösterir¹. Literatürde damar içi lezyonlar; kalıtsal damar anomalileri (kalıtsal hemanjiyomlar, kalıtsal damar malformasyonları gibi), reaktif lezyonlar (pyojenik granüloma gibi), neoplazmalar (kaposi sarkomu gibi), metabolik endokrin durumlar (vitamin B eksikliği gibi), immüno- lojik anomaliler (alerjiler gibi) şeklinde alt gruplar halinde değerlendirilmektedir⁹. Lobüler kapiller hemanjiyomlar

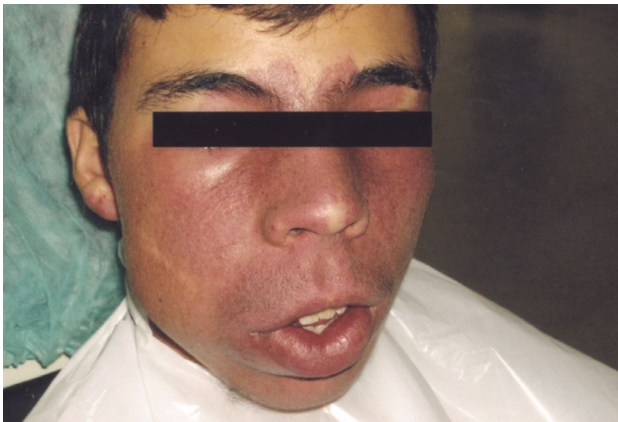
fibrovasküler dokunun geniş endotel proliferasyonu ile karakterize olan hiperplazilerdir. Genellikle dişetlerinde görülmekle birlikte dilde, dudaklarda ve yanak mukozasında da görülebilir. Lezyonların gelişiminde hormonlar, ilaçlar veya travma gibi lokal iritasyonların temel etyolojik faktör olarak rol oynadığı bilinmektedir^{9,12}.

Bu makalede; ağız içi lobüler kapiller hemanjiyom bulgusu yanında ağız dışında yüzde belirgin asimetri ve hemanjiyom varlığı söz konusu olan bir vakanın detaylı olarak sunumu amaçlanmıştır.

OLGU

17 yaşında O.B isimli erkek hasta dişetlerinde kanama, ağız kokusu, ağızda kötü tat ve sağ üst azı dişleri bölgesinde dişeti büyümesi şikayeti ile Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Hasta 4 yıl önce aynı bölgede benzer bir lezyonun oluştuğunu ve lezyonun supra ve sub gingival diştaşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi işlemlerinden sonra alındığını ancak daha sonra kontrollere gelemediğini ifade etmiştir. Hastadan alınan sistemik öyküde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenilmiştir. Hastanın ağız dışı muayenesinde yüzün her iki tarafında da deride morumsu kırmızı renkle karakterize yaygın hemanjiyom ve yüzün sağ tarafında belirgin asimetri varlığı saptanmıştır. Hastanın dudaklarının morumsu rengi, aşırı kalınlığı, büyüklüğü ve dudakların sağ tarafındaki asimetri dikkati çekmiştir (Resim 1). Hastanın genel görünümünde başka bir anomali ya da ekstremitelerde asimetri gözlenmemiştir.

Hastanın ağız içi muayenesinde diş eksikliğine rastlanmamış, 16 numaralı dişin mezialinde geniş bir çürük varlığı tespit edilmiştir. Hastada ön açık kapanış mevcuttur (Resim 2). Özellikle sağ taraf yanak mukozasındaki artmış damarlanma, bu bölgede ve dişetinde yaygın olarak mo-



Resim 1: Hastanın ekstaroral görünümü.



Resim 2: Hastada ön açık kapanış.



Resim 3: Sağ üst çene azı bölgesinde gözlenen pyojenik granülom.

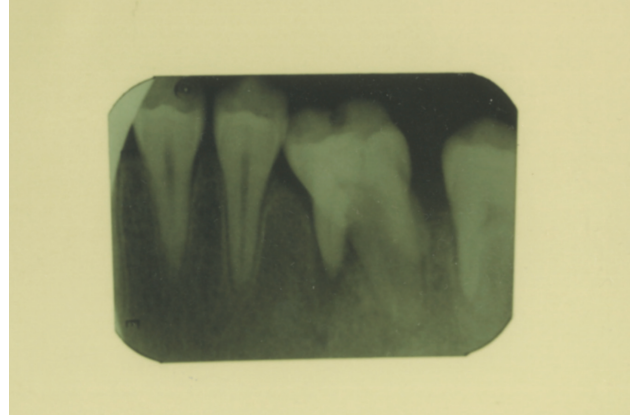
rumsu renk değişikliği ve ödematöz yapı bulunduğu tespit edilmiştir. Yapılan periodontal değerlendirmede ağız hijyeninin yetersiz, dişetlerinin genel olarak eritemli ve kanamaya meyilli olduğu, 16 nolu diş bölgesinde ise spontan kanama varlığı saptanmıştır. Sağ üst çene azı dişleri bölgesinde dişetinde yaygın ödem, morumsu renk değişikliği ve 14,15,16,17 numaralı dişler bölgesinde pyojenik granülom tarzı lobüler dişeti büyümesi belirlenmiştir (Resim 3). 16 numaralı dişte Miller sınıf 3 mobilite tespit edilmiştir.

Tedaviye başlamadan önce hastanın plak (Sillness ve Løe)¹¹ ve gingival (Løe ve Sillness)³ indeksleri ile cep derinliği ölçümleri kaydedilmiştir (Tablo I). Hastanın yüzünde varolan asimetri nedeniyle hastadan panoramik radyografi alınmış, ancak maksiller ya da mandibuler kemik yapısında bir asimetri ya da patolojiye rastlanmamıştır. İlgili bölgenin periapikal radyografisi incelendiğinde 16 numaralı dişte ileri düzeyde kemik kaybı olduğu görülmüştür (Resim 4).

Tablo I. Hastaya Ait Plak İndeksi (Pİ), Gingival İndeks (Gİ) ve Cep Derinliği Ölçümleri

	Tüm Dişler	14, 15, 16, 17 Numaralı Dişler
Pİ	1,8	2,6
Gİ	2	2,8
Cep Derinliği (mm)	3,6	5,8

Hastaya uygulanacak tedavi planı; oral hijyen eğitimi takiben sub ve supra gingival diştaşı temizliği, kök yüzeyi düzleştirilmesi, 14,15,16,17 dişler bölgesine gingivektomi ve gingivoplasti operasyonları beraberinde ilgili lezyonun eksize edilmesi ve 16 numaralı dişin çekimi olarak belirlenmiştir. Uygulanacak olan tedavilerin kana-



Resim 4: Hastanın ilgili dişinin radyografisi.

malı işlemler olmasından ve hastada ağız içi hemanjiyom varlığından dolayı hastanın dermatoloğu ile konsültasyon yapılmıştır. Konsültasyon raporu gereğince hasta Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Hematolojisi bölümüne sevk edilmiş ve burada hastanın kanama değerleri açısından laboratuvar tetkikleri yapılmıştır (Tablo II). Test sonuçları hastanın hematolojik açıdan operasyona herhangi bir sakıncası olmadığını göstermiştir. Ancak hastanın doktorunun önerisi doğrultusunda operasyon aşamasında gerekirse uygulamak üzere transamin hazır bulundurulmasına karar verilmiştir.

Tablo II. Hastaya Ait Kan Değerleri

	Test Sonuçları	Normal Değerler
HGB (hemoglobin)	14,2 g/dl	13-17,5 g/dl
HCT (hemotokrit)	45 %	40-53 %
Fibrinojen	271,1 g/dl	180-350 g/dl
PT-INR	1,07	0,8-1,16
PT %	86,4 %	76-124 %
PT (saniye)	12,9 saniye	10-14 saniye
APTT (saniye)	28,7 saniye	20-36 saniye

Hastaya oral hijyen eğitimi, supra ve subgingival diştaşı temizliğini içeren fazl periodontal tedavi uygulanmış ve hasta 1 hafta sonra lezyonun eksize edilmesi, ilgili bölgenin gingivektomi operasyonu ve dişin çekimi için operasyona alınmıştır. Uygun anestezi sağlandıktan sonra lezyon eksize edilmiş (Resim 5), daha sonra ilgili bölgede gingivektomi ve gingivoplasti işlemleri yapılmış, son olarak da 16 numaralı diş aşırı periodontal yıkım nedeniyle çekilmiştir (Resim 6). Kanamanın normalden fazla olması



Resim 5: Lazyonun görünümü.

nedeniyle periodontal pat uygulanmadan önce transamin emdirilmiş spanç ile bölgeye basınç uygulanarak kanama kontrolü yapılmıştır. İlgili bölge periodontal pat ile kapatılıp hastaya operasyon sonrası gerekli bilgiler verilmiştir. Hasta 1 hafta sonra kontrole çağrılmış ve bu süre zarfında günde 2 kez % 0.12'lik Klorheksidin içeren bir gargara kullanması önerilmiştir.

Eksize edilen dokular formol içerisine konulduktan sonra Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Patoloji Bilim Dalı'na gönderilmiştir. Patolojik değerlendirme sonucu detaylı olarak şu şekildedir: Mikroskopik görünüm: materyalin kesitlerinde, yüzeyinde geniş ülserasyon alanları bulunduran matür çok katlı yassı epitel devamlılığında lobüler tarzda gelişim gösteren lezyonel yapı izlenmiştir. Lezyonun iltihabi granülasyon tipinde olduğu ve bu bağlamda irili ufaklı dilate proliferatif kapillerlerden oluştuğu ve mist tipte inflamatuvar hücre infiltrasyonu içerdiği görülmüştür. Yapılan PAS histokimyasal boyaması ile kandida lehine bir bulgu saptanmamıştır. Sonuç pyojenik



Resim 7: Hastanın operasyon sonrası görünümü.



Resim 6: Etken dişin çekiminden sonraki görünümü.

granülom olarak belirtilmiştir. Hasta operasyondan sonraki 1, ve 3. aylarda (Resim 7) yeniden değerlendirilmiş olup protetik rehabilitasyon aşamasında tedavisi sürmektedir.

TARTIŞMA

Hemanjiyomlar çocukluk çağına en çok görülen deri lezyonları olmasıyla beraber en az anlaşılanlardandır⁵. Mulliken ve arkadaşları hemanjiyom ve damarsal malformasyonları klinik görünüm ve endotelial proliferatif aktiviteledeki biyolojik farklılıkları temel alarak sınıflandırmışlardır⁷. İnfantil veya juvenil hemanjiyom olarak adlandırılan hemanjiyomlar, endotel ve perisitik hiperplazi ile karakterize, hayatın ilk yılında ortaya çıkan, hızlı proliferasyon gösteren, sabit olarak kalan ve yıllar sonra sona eren selim tümörler olarak tanımlanmışlardır. Bu temel histopatolojik sınıflandırma immünohistokimyasal yöntemler kullanılarak yapılmış olmasına rağmen hemanjiyomun patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Her ne kadar büyüme faktörleri, hormonal ve mekanik etkiler endotelial hücrelerin anormal proliferasyonlarında etkili olsa da hemanjiyogenesisteki birincil etken daha hala kesin olarak bilinmemektedir⁵.

Hemanjiyomlar yüzde trigeminal sinirin iki uç dalının dağıldığı alanda kırmızı-mor renk değişikliği şeklinde izlenebilmektedir. Genellikle makül şeklinde olmakla birlikte deriden kabarık bir şekilde de olabilen yüzdeki bu lekeler bazen bir sendromun bulgusu olabilmektedir. Bu nedenle böyle hastaların özellikle Sturge Weber Sendromu ve Klippel-Trenaunay Sendromu açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bu tür sendromlar genellikle yüzdeki lekelerle ilaveten hastada mental retardasyon, epilepsi, intrakraniyal hemanjiyomlar ya da ekstremiteleri tutan yaygın hemanjiyomların varlığı şeklinde ortaya çıkmaktadır¹². Nitekim makalede sunulan vakada bu tür bir sendrom bulunma

olasılığı da düşünülerek hastanın dermatoloğu ile konsültasyon yapılmış ancak mevcut hemanjiyomun herhangi bir sendromla beraber seyretmediği tespit edilmiştir.

Lobüler kapiller hemanjiyom (LKH) müköz membranlarda ve deride meydana gelen damarsal proliferasyonlardır. LKH terimi ilk kez 1980 yılında Mills ve arkadaşları⁶ tarafından pyojenik granulomu tanımlamak için kullanılmıştır. LKH nin en çok görüldüğü mukoza oral mukoza-
dır ve oral mukozada da en çok dişetinde görülür. Benzer şekilde bizim vakamızda da hemanjiyomun oral mukoza ve dişetinde varlığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada lezyonlar saph ve genellikle ülseredir ve en büyük lezyonlar 10-12 mm. dir⁴. Bizim vakamızdan eksizye edilen doku 15 mm'dir ve bu yönüyle tanımlanan en büyük lezyonlar gurubuna girmektedir. Lezyonun cerrahi olarak çıkartılması genel tedavi şeklidir ve tedavi sonrası başarı mükemmeldir⁴. Bahsedilen çalışmanın aksine bizim vakamızda aynı bölgede 4 yıl önce de benzer bir lezyon hikayesi varlığı nedeniyle nüks söz konusudur. Ancak hastanın yeterli hijyen sağlamadaki başarısızlığının bu sonuçta etkili olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, iyi huylu oldukları bilinmelerine rağmen hemanjiyomlar daima klinik öneme sahiptir ve mutlaka uygun şekilde müdahale gerekliliği söz konusudur. Diş hekimlerinin lezyonlar hakkında dikkatli ve ciddi kanama riski konusunda tedbirli olması gereklidir. Oral mukoza ve dişetlerini de etkileyen hemanjiyom varlığında, mevcut damar-doku değişikliklerine bağlı olarak eğer yetersiz plak kontrolü de mevcut ise periodontal sağlığın olumsuz etkilenmesi ve dişeti büyümesi, periodontal yıkım gibi durumlar daha şiddetli olarak karşımıza çıkmaktadır. Hatta tedavi sonrası dönemde nüks görülebilmektedir. Bu durumda bu tür hastaların yeterli oral hijyen düzeyinin sağlanması ve hasta takibi önem kazanmaktadır. Böyle hastalarda cerrahi bir girişim öncesi hastanın kan tablosu mutlaka değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Garzon M. Hemangiomas: Update on classification, clinical presentation, and associated anomalies. *Cutis*. 66: 325-8, 2000.
2. Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry: Odder, Denmark, 2003, 303.
3. Loe H. The gingival index, plaque index, and the retention index systems. *J Periodontol* 38: 610-616, 1967 .
4. Taido M, Hasegawa T, Watanabe F, Kato K, Makita H, Fujitsuka H, Kato Y, Miyamoto K, Shibata T, Shimokawa. Lobular capillary hemangioma of the oral mucosa: Clinopathological study of 43 cases with a special reference to immunohistochemical characterization of the vascular elements. *Pathol I* 53: 1-7, 2003.
5. Marchuk DA. Pathogenesis of hemangioma. *J Clin Invest* 107: 665-666, 2001.
6. Mills SE, Cooper PH, Rechner RE. Lobular capillary hemangiomas. The underlying lesion of pyogenic granuloma. A study of 73 cases from the oral and nasal mucous membrane. *Am J Surg Pathol* 4: 470-479, 1980.
7. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: A classification based endothelial characteristic. *Plast Reconstr Surg* 69: 412-420, 1982.
8. Reese V, Frieden IJ, Paller AS. Association of facial hemangiomas with Dandy-Walker and other posterior fossa malformations. *J Pediatr* 122: 379-384, 1993.
9. Regezi JA, Scrubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations. United States of America, Saunders, 2003, 111.
10. Sakalhoğlu U, Açıköz G, Kırıtıoğlu T, Aldıkaçtı M. A Comparative clinical histopathological examination of hemangioma and chronic inflamatuary enlargement of gingiva. *Turk J Med Sci* 31: 265-269, 2001.
11. Sillness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and oral condition. *Acta Odontol Scand* 22: 121-135, 1964.
12. Yücetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. Atlas Yayınevi, Ankara, 2005, 238.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Gülay TÜTER

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı, Bışkık Cad. 82.Sok.

06510 Emek – Ankara

Tel: 2034240

Faks: 2121646

e-posta: gulay@gazi.edu.tr