

KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİNDE MANDİBULADA SEKONDER GELİŞMİŞ BROWN TÜMÖR: OLGU SUNUMU

Aret Çerçi ÖZKAN, Orhan ÇİZMECİ, Ayhan OKUMUŞ, Alp ARSLAN, Metin ERER*

ÖZET

Reperatif granülom yavaş gelişen, ağrılı ve kanamalı selim bir lezyondur. Tedavisi eksizyon küretaj koterizasyondur.

Olgumuz kronik böbrek yetersizliği olan 22 yaşında bayandır. Ağız içinde bir buçuk ayda büyüyen, vital fonksiyonlarını olumsuz etkileyen kitle nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Hastaya kitle eksizyonu, eksizyona marjinal rezeksiyonu yapılmış ekspanse olmuş dudak normal boyutlarına uygun olarak küçültülüp artan yumuşak dokular ağız içi defektin onarımında kullanılmıştır. Hastanın postoperatif 1,5 yıllık takibinde herhangi bir komplikasyon, ve nüks gözlenmemiştir.

Anahtar kelimeler: Brown tümör, reperatif granülom, renal yetersizlik

SUMMARY

Mandibular giant cell reparative granuloma due to chronic renal failure. Reparative granuloma is a progressively growing, painful, and bleeding benign lesion. The treatment is excisional curettage and cauterization.

Our case was a twenty-two-years-old female with chronic renal failure. She presented to our clinic due to an intraoral lesion that had grown in 1.5 months and adversely affected her vital functions. After excision of the mass and marginal resection of exposed mandible, expanded lower lip reduced to its normal size and the excess soft tissues were used for reconstruction of the intraoral defect. Complication and recurrence was not observed in 1.5-year follow-up.

Key words: Brown tumor, reparative granuloma, renal failure

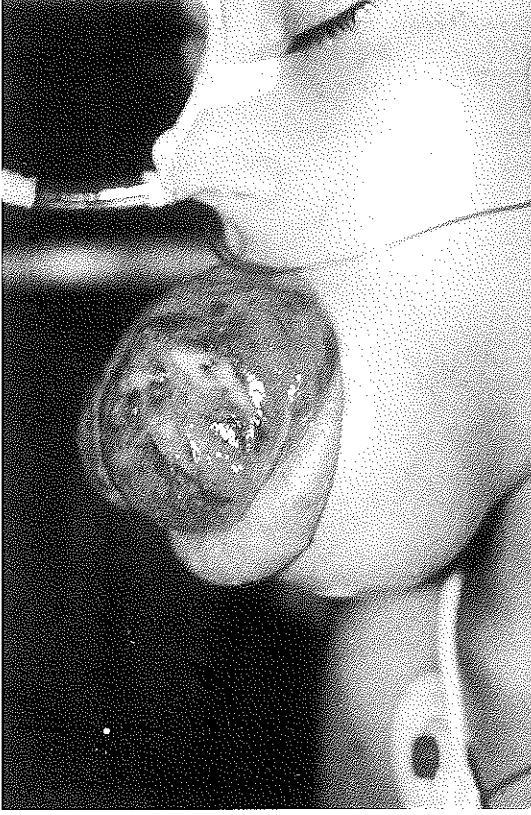
GİRİŞ

Reperatif granülom yavaş gelişen selim, metabolik kaynaklı bir lezyondur. Genellikle ağrılı ve ekspansil mandibüler kitle şeklinde ortaya çıkar. Eksizyonel küretaj ve kalan kemiğin koterizasyonu ile tedavi edilir. Gerekliğinde rekonstrüksiyon için split kosta grefti kullanılabilir (1). Sıklıkla ikinci molar diş önünde görülür. Genellikle çocukluk ve buluş çağında dişlerin deplasmanı ile tespit edilir. Hiperparatiroidiye bağlı 'brown' tümörün dev hücreli reperatif granüloma benzer bir hücresel proses olduğu düşünülür (2). Dev hücreli granülomu oluşturan hücrelerin estrogen spesifik reseptörleri bulunması nedeni ile bu lezyon kadınlarda daha sık görülmektedir (3).

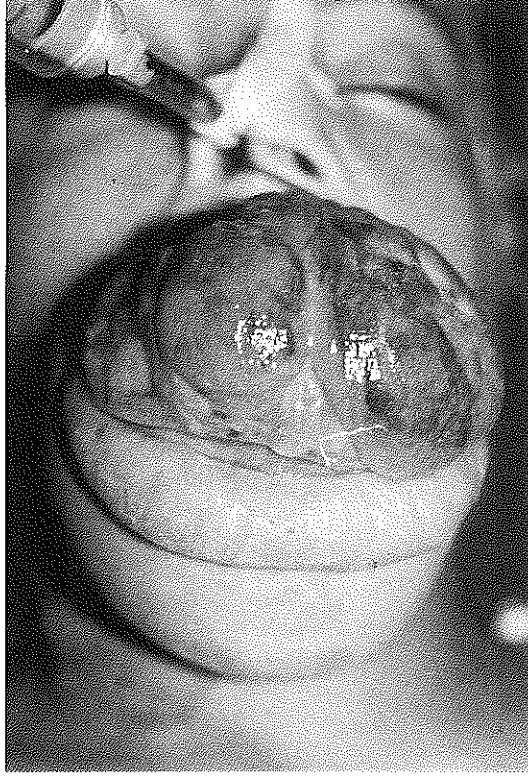
VAKA TAKDİMİ

Bizim olgumuz 15 yaşında teşhis edilmiş olan piyelonefrite bağlı olduğu düşünülen kronik böbrek yetersizliği olan 22 yaşında bir bayan hastadır. Ağız içinde oluşan ve birbuçuk ay gibi kısa bir süre içinde 12x11x6 cm boyutlarına ulaşan bir brown tümör nedeniyle kliniğimize sevk edilmiştir (Şekil 1). Önce intraoral yerleşimli iken sonradan ağız dışına taşan, hastanın konuşmasını, nefes almasını, beslenmesini engelleyen, alt dudağı genişletmiş, kanamalı, sert, immobil kitle, hastanın pek çok vital fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemekte, mevcut hastalığına ek morbiditeye neden olmaktadır. Kitlenin hızla ekspansiyon gösterdiği dönemde kendisine reçete edilen aktif D vi-

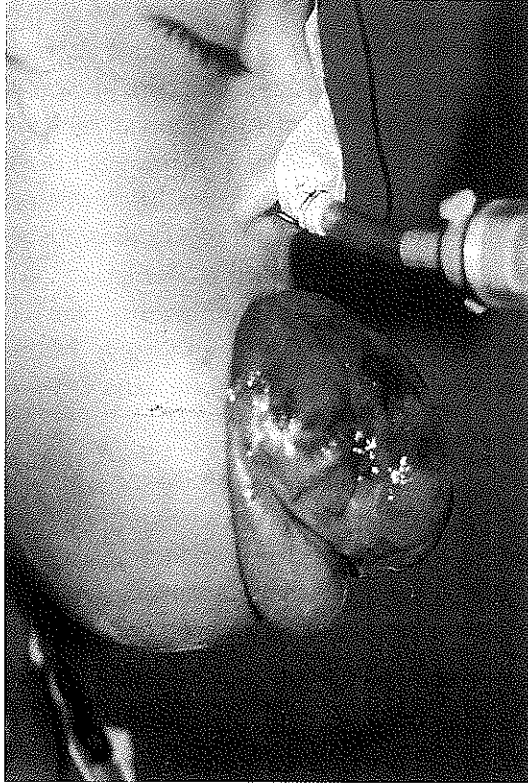
Şekil 1A. Mandibulada Dev Hücreli Reperatif Granü-
lom (A) Sol yan görünüş



Şekil 1B. Önden görünüş



Şekil 1C. Sağ yan görünüş



tamini preparatını kullanmamış olmasından ötürü kanda parathormon düzeyinin yüksek olması dikkat çekicidir.

Kitle alt dudağa yapılan tam kat median insizyon ile mandibula üzerinde tamamen ekspoze edildikten sonra, sağlıklı olduğu düşünülen mukozal sınırlardan eksize edilmiş, altta ekspoze olan mandibulanın sağlam sınırlarına dek küretaj ve koterizasyonu tamamlandıktan sonra rekonstrüksiyon aşamasına geçilmiştir. Kitlenin eradike edilmesini takiben gingiva alt sınırından itibaren gingivobukkal sulkus ve bukkal mukozayı içeren ve mandibüler simfiziyel bölgeyi açıkta bırakan geniş bir defekt oluşmuştur. (Şekil 2). Simfiziyel bölgede kalan kemik köprüsü yeterli görülmüş, kemik grefti ile destekleme ihtiyacı duyulmamıştır. Alt dudağın uzamış olan kısmı pupillalar ve üst dudak esas alınarak ölçülmüş, fazla olan bu kısım orta hatta submental bölgeye kadar desepi-

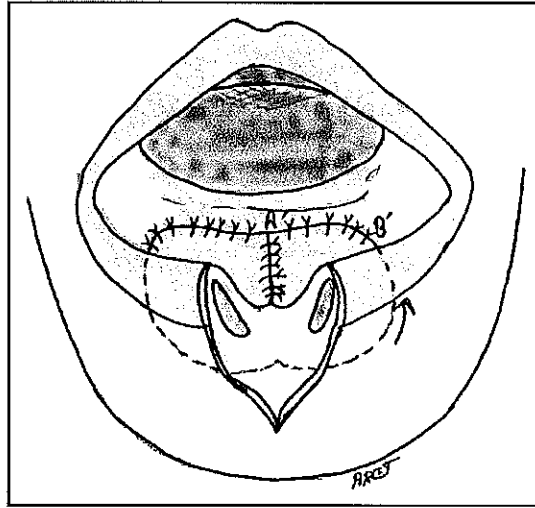
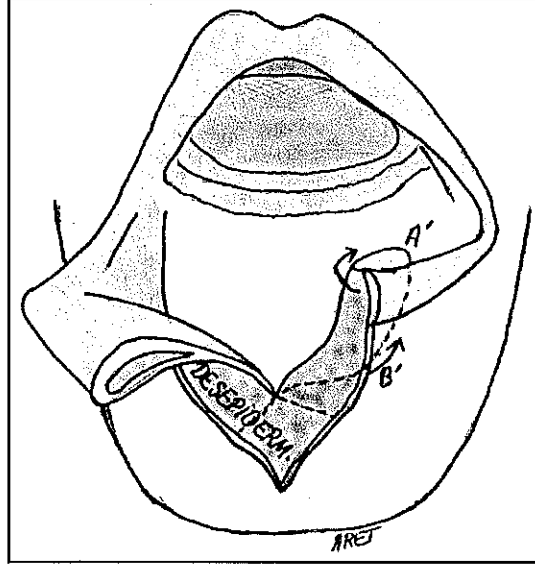
Şekil 2. Kitlenin eksizyonundan sonra ağız içinde oluşan doku kaybı



dermize edilmiş, elde edilen muskulomukozal flepler, medial yüzleri içe ve yukarı doğru döndürülerek gingiva altına gelecek biçimde şekillendirilmiş, tüm defekti örterek gingivobukkal sulkusu oluşturacak biçimde 4-0 katgüt sütür ile dikilmiştir. (Şekil 3). Her iki flepte orbikularis oris lifleri dissekte edilmiş, kas bütünlüğünü sağlamak üzere orta hatta 4-0 vicryl sütür ile onarılmıştır. Alt dudağın desepidermize edilmemiş olan kısımları vermillion bordürünü düzgün bir biçimde oluşturacak şekilde orta hatta 4-0 katgüt ve 5-0 prolene ile onarılmıştır.

Hastanın postoperatif takibinde, lezyon bölgesi ile ilgili herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. (Şekil 4). Parathormon düzeyi medikal tedavi ile baskılanmıştır. Alt dudaktan mentuma kadar uzanan nedbe için hasta herhangi bir şikayet belirtmemiştir. Kitlenin dev hücreli reparatif granülom olduğu patolojik olarak da verifiye edilmiştir.

Şekil 3. (A) Expanse olmuş alt dudağın uzamış medial kısmının desepidermizasyonu; desepidermize edilmiş fleplerin vertikal ekseninde ağız içine döndürülmesi. (B) Desepidermize edilmiş fleplerin ağız içine döndürüldükten sonra medialden laterale rotasyon ile gingivobukkal oluğu oluşturacak biçimde defektin üzerine örtülmesi



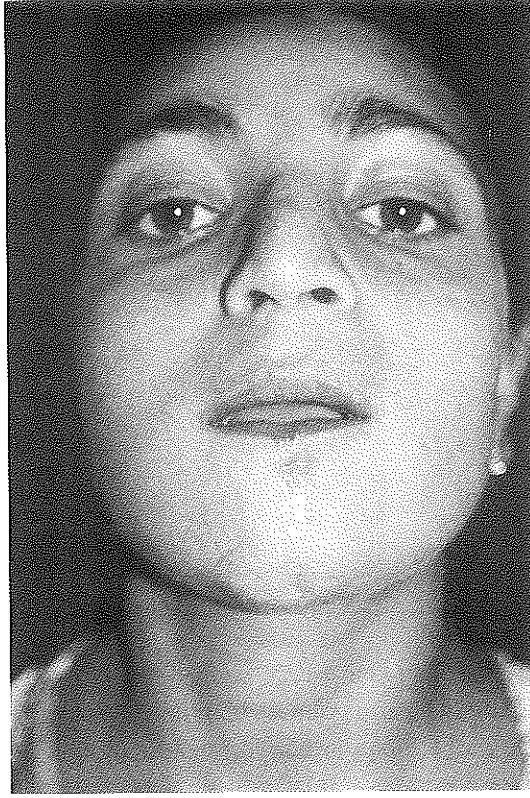
TARTIŞMA

Dev hücreli reparatif granümlerin tedavisinde, özellikle büyük ve reküren olanlarda, oluşturduğu mutilasyonu yok etmek veya azaltmak amacı ile cerrahiye alternatif olarak calcitonin kullanımı önerilmektedir (4). Ancak bizim olgumuzda kitlenin, hastanın pek çok vital fonksiyonunu olumsuz yönde etkiliyor olması nedeniyle acil cerrahi girişimle tedavisi uygun bulunmuştur. Yine tar-

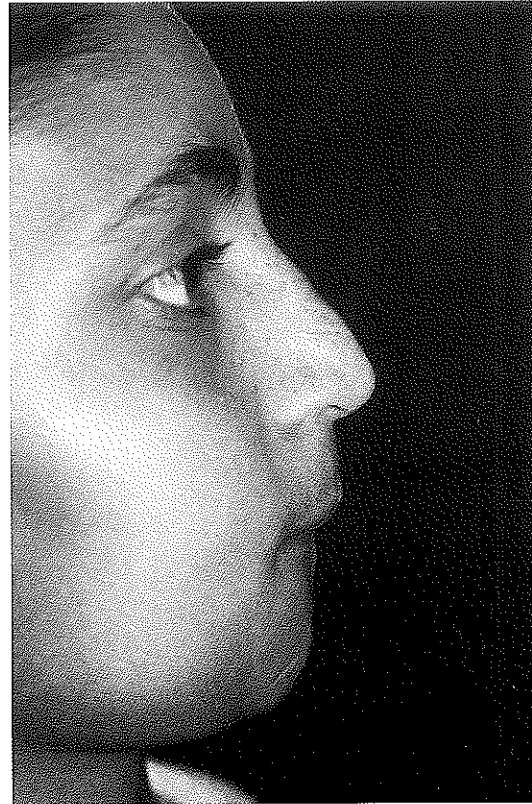
Şekil 4. Geç postoperatif (1,5 yıl) görünüm. (A) Sol yan görünüş



Şekil 4. (B) Önden görünüş



Şekil 4. (C) Sağ yan görünüş

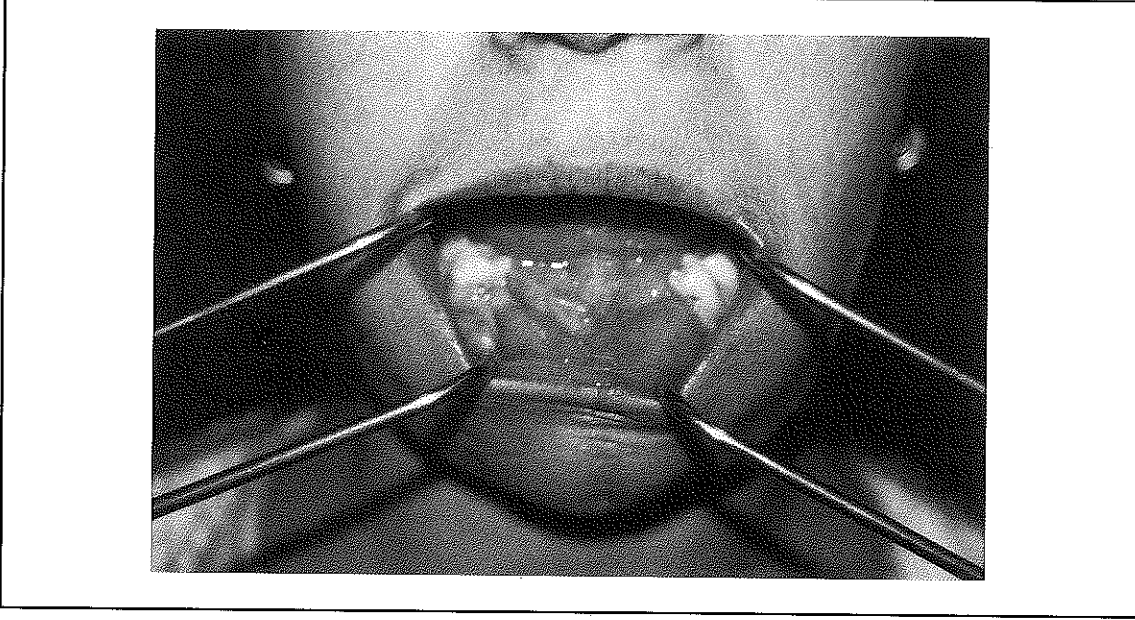


tışmaya açık olan bir diğer nokta, alt dudakta rekonstrüksiyon yapmak yerine ekspanse olmuş olan dokuların retraksiyonunu beklemek, böylece orta hatta oluşturduğumuz nedbenin hiç meydana gelmemesini sağlamak olabilir. Ancak kitlenin eksizyonundan sonra oluşan ve mandibüler simfizyel bölgede kemiği açıkta bırakan geniş defekt böyle bir rekonstrüksiyonun gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kronik renal yetersizliğe bağlı gelişen sekonder hiperparatiroidinin, renal osteodistrofi olarak genelleştirilebilen kemiksel bozukluklara yol açtığı bilinmektedir (5). Bu yüzden, renal yetersizlik zemininde gelişmiş bir reperatif granülomun, oluşmadan önce veya oluşmuş ise cerrahi tedavisinden sonra nüksünü engellemek amacı ile parathormon baskılayıcı tedaviye baş vurulması önemlidir.

Bu kadar hızlı büyüyen bir lezyonun rezek-

Şekil 4. Geç postoperatif (1,5 yıl) görünüm, (D) Ağız içi onarımı



siyonundan sonra hem uzun dönem kontrolünün sağlanmış olması hem de ekspansive olmuş lokal dokulardan yararlanılarak ağız tabanı onarımı yapılabildiği görülmüştür. Bu olgu dikkate değer bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Wise AJ, Bridbord JW: Giant cell granuloma of facial bones. *Ann Plast Surg Jun*; 30:564 (1993).
2. Desai P, Steiner GC: Ultrastructure of brown tumor of hyperparathyroidism. *Ultrastruct Pathol Nov-Dec*;14:505 (1990).
3. Gunhan M, Gunhan O, Celasun B, Mutlu M, Bostancı H: Estrogen and progesterone receptors in the peripheral giant cell granulomas of the oral cavity. *J Oral Sci Jun*; 40:57(1998).
4. Rosenberg AJ, Bosschaart AN, Jacobs JW, Wirts JJ, Kole R: Calcitonin therapy in large or recurrent central giant cell granulomas of the lower jaw. *Ned Tijdschr Geneesk Feb*;141:335 (1997).
5. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL: *Robbins Pathologic basis of disease*, Philadelphia: WB Saunders, (1989).