

Yağ dokusu İçeren nadir bir stafne kemik kavitesi olgusu**A rare case of stafne bone cavity including adipose tissue**

Mehmet Cihan Bereket, DDS, PhD, Erman Şenel, DDS, İsmail Şener, DDS, PhD

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye.

Received: 17 August 2011

Accepted: 10 October 2011

ÖZET

Stafne kemik kavitesi, 1942 yılında ilk defa Stafne tarafından mandibula angulusunda rapor edilmiştir. Bu kaviteler genellikle mandibula angulusu ve mandibuler birinci molar arasında lingualde lokalizedirler ve nadir oldukları düşünülmez. Genellikle tek taraflı ve rutin radyografik muayene sırasında tesadüfen teşhis edilirler. Radyolojik teşhiste primer özelliklerinden biri de mandibuler kanalın altında karakteristik lokasyonlarıdır. Stafne Kemik Kavitesi ve diğer lezyonların teşhis açısından neden olacağı karışıklardan dolayı detaylı görüntülemeler çok önemlidir. Dental Bilgisayarlı Tomografi (DBT) mandibula posteriorundaki bu kemik konfigürasyonlarının teşhis ve takibinde en uygun noninvaziv metod olarak önerilmektedir. Manyetik rezonans görüntüleme (MR), bu kavitelerin içeriği hakkında cerrahlara ayrıntılı bilgi vermektedir. Bu makalede, yağlı içeriğe sahip nadir bir Stafne Kemik Kavitesi olgusu sunulmaktadır. Ayırıcı tanısı, DBT ve MR ile gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Stafne kemik kavitesi, yağ dokusu, dental bilgisayarlı tomografi, MR

ABSTRACT

Stafne bone cavities are firstly reported by Stafne in the angle of mandibles in 1942. These cavities are usually located at the lingual side in the area between the mandibular first molar and the mandibular angle, and are not considered rare. They are usually unilateral and casually diagnosed during routine radiographic examination. One of their primary radiological diagnostic features is the characteristic location below the mandibular canal. Because of the diagnostic mixtures between the Stafne bone cavities and other radiolucent lesions, detailed visualization procedures are essential. The Dental Computerized Tomography (DCT) scan is suggested as the most suitable noninvasive diagnostic and follow-up modality for this bony configuration in the posterior mandible. Magnetic Resonance Images (MRI) findings give detailed information to the surgeons about the content of these cavities. In this paper, we present a rare case of Stafne Bone Cavity which has fatty content. Its differential diagnosis was carried out with DCT and MRI.

Keywords: Stafne bone cavity, adipose tissue, dental computerized tomography, MRI

GİRİŞ

Stafne'nin kemik kavitesi (SKK) ilk defa Stafne tarafından 1942 yılında bildirilmiştir ve ikinci/üçüncü molar bölgesinde, kortikal kemiğin lingual

tarafında, mandibular kanal ve angulus arasında lokalize dairesel veya oval şekilli, 1-3 cm çapında bir lingual kemik kavitesi olarak tanımlanmıştır.¹ Bu kemik kavitesini tanımlamak için çeşitli isimlendirmeler önerilmiştir. Bunlar statik kemik kisti, latent kemik kisti, mandibuler embriyonik defekt, lingual mandibuler kemik defekti, mandibulanın idiyopatik kemik konkavitesi, lingual mandibuler kemik depresyonu, mandibulanın

Mehmet Cihan BEREKET

Ondokuz Mayıs Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD,

Samsun, Türkiye.

Bu olgu Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği

18. Uluslararası Kongresi'nde poster olarak

sunulmuştur.02-06 Ekim 2011,ANTALYA

gelişimsel submandibular bez defekti'dir.^{2,3,4}

SKK'nın 1.molar ve angulus arasında, inferior kanalın altında lokalize olan posterior lingual tipi, keser ve premolar dişler arası mylohyoid kasın yapışma yerinin üstünde lokalize olan anterior lingual tipi, ramusun bukkal veya lingualinde lokalizasyon gösteren ramus tipleri olmak üzere 4 varyantı bulunmaktadır.^{5,6} En sık karşılaşılanı posterior lingual tipidir. Anterior lingual tipi buna nispeten nadirdir ve 7 kat daha az görülmektedir. Ramus tipleri ise oldukça nadir görülen kemik kaviteleridir.⁴

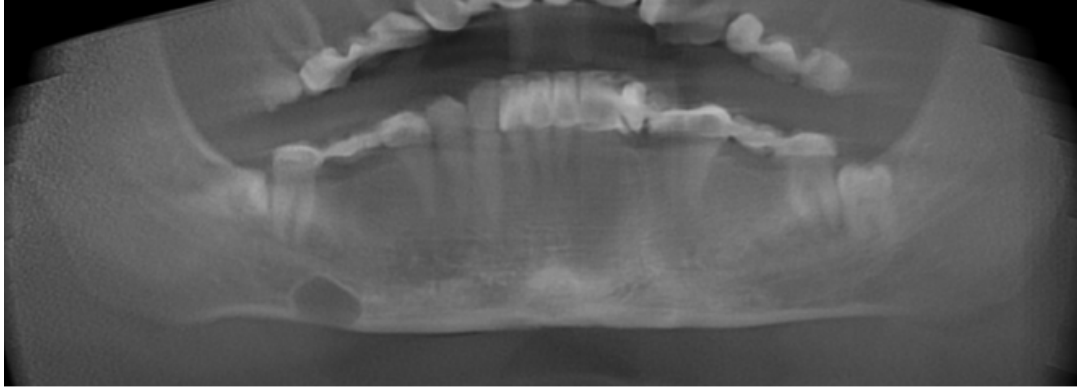
Genellikle rutin radyografik muayene sırasında tesadüfen fark edilen ağrısız ve asemptomatik radyolusensilerdir. Ayırıcı teşhisi alt çene posteriorunda

radyolusensiye neden olan kistik ve tümöral diğer lezyonlarla yapılır. Detaylı görüntülemeler teşhis ve gereksiz cerrahi girişimlerden sakınmak için önemlidir.^{7,8}

Bu olgu raporunda, ayırıcı tanısı, Dental Bilgisayarlı Tomografi (DBT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) ile gerçekleştirilen yağlı içeriğe sahip nadir bir Stafne'nin Kemik Kavitesi olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

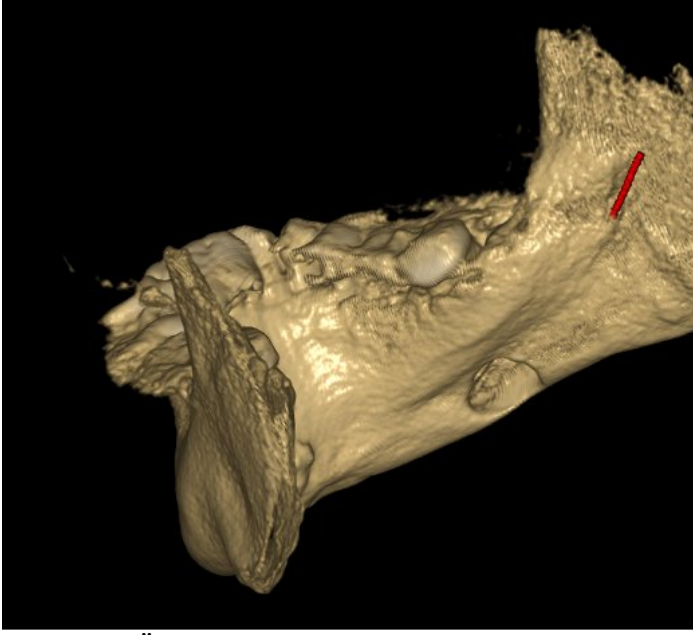
47 yaşındaki erkek hasta cerrahi kliniğimize, panoramik radyografisinde sağ alt çenede birinci molar diş hizasında, mandibula alt kenarında lokalize 1cm çapında elips şeklinde, kenarları düzgün radyolusent lezyon nedeniyle başvurdu (Resim 1).



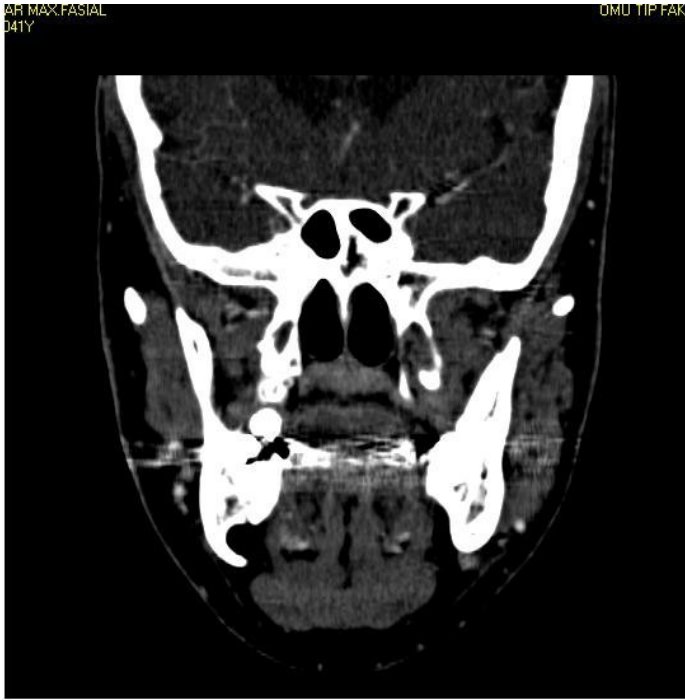
Resim 1. Panoramik radyografide sağ alt 1.molar hizasında mandibula alt kenarında elips şeklinde kenarları düzgün radyolusent alan gözlenmektedir.

Hasta daha önce diş tedavileri için özel bir kliniğe başvurmuş ve rutin radyografik muayene sırasında tespit edilmiştir. Kistik veya neoplastik bir lezyon ön tanısıyla hasta devlet hastanesine yönlendirilmiştir. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı tarafından muayene edilen hastaya operasyon için randevu verilmiştir. Ancak hasta lezyonun daha ileri tetkik ve incelenmesi amacıyla kliniğimize başvurmuştur. Hastanın klinik inceleme ve anamnezinde, sistemik bir hastalığı, fasiyal asimetrisi ve lenfadenopatisi olmadığı,

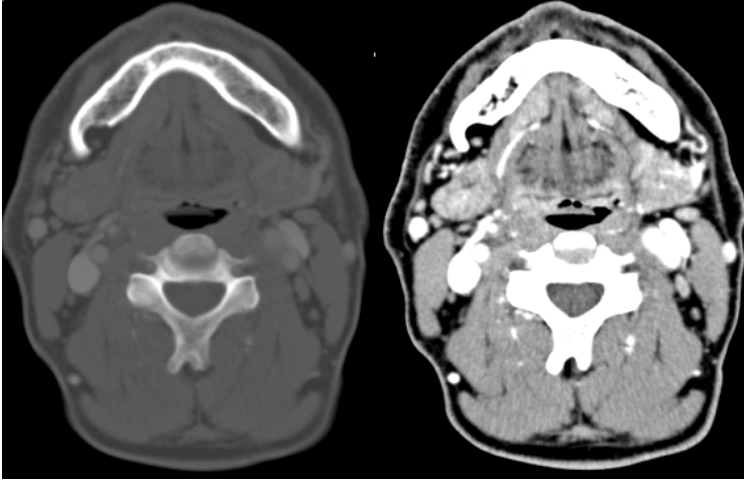
yine ilgili bölgede de herhangi bir semptom ve ağrı şikayeti olmadığı belirlenmiştir. Klinik ve panoramik radyografi incelemede lezyonun lokalizasyonu ve hastanın anamnezi göz önünde bulundurularak lezyonun Stafne Kemik Kavitesi olduğu düşünülmüştür. Ayırıcı tanı ve kesin teşhis için hastadan DBT ve MR istenmiştir. DBT ve elde edilen üç boyutlu görüntülerde kavitenin şekli ve sınırları net bir şekilde ortaya konmuştur (Resim 2,3 ve 4).



Resim 2. Üç boyutlu Dental Bilgisayarlı Tomografide mandibulanın lingual alt kenarındaki kavite gözlenmektedir.



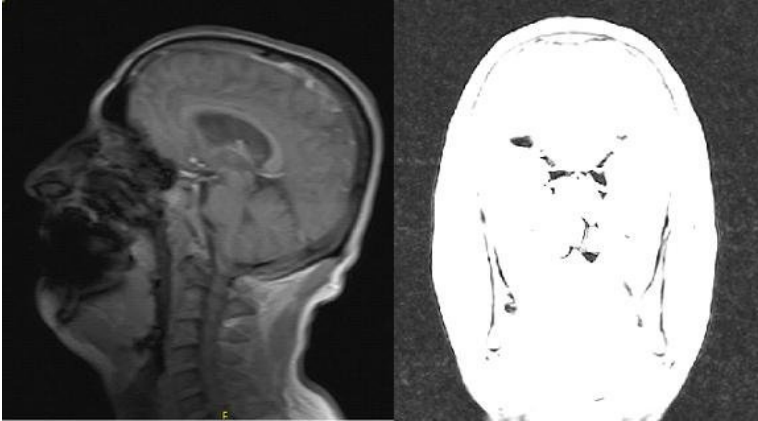
Resim 3. Kontrastlı ve kontrastsız bilgisayarlı tomografik görüntülemelerde aksiyal kesitte kavitenin lokalizasyonu gözlenmektedir.



Resim 4. Kontrastlı bilgisayarlı tomografik görüntülemelerde koronal kesitte kavitenin şekli ve vestibüler kortikal kemikle ilişkisi gözlenmektedir.

İnceleme sonucu lezyonun SKK olduğu kesinleştirilmiş ve MR ile kavite içeriğinin yağ dokusu olduğu anlaşılmıştır (Resim 5). Hastanın kemik kavitesi SKK'nın posterior

lingual varyantı olarak sınıflandırılmıştır. Hastaya cerrahi işleme gerek olmadığı söylenerek rutin kontrollere gelmesi önerilmiştir.



Resim 5. Sagital ve koronal yönde MR görüntülemesi ve kavite içeriğinin yağlı dokunun tespiti.

TARTIŞMA

Literatürde Stafne kemik kavitesinin doğası, içeriği, kökeni ve oluşumunda etken faktörlerle ilgili bir fikir birliği yoktur.⁹ Kaviteye ismini veren Stafne, bu defektin Meckel Kıkırdağı'nın kemikleşme sürecindeki bir bozukluktan kaynaklanabileceğini söylemiştir.¹ Aguiar ve ark. da multiple defekt sergileyen olgularda Stafne'ye benzer şekilde kavite oluşumunda mandibula kemiğinin

ossifikasyon sürecindeki bir bozukluktan kaynaklandığını düşünmektedirler.⁶ Ancak SKK'nın en sık kemik gelişiminin tamamlandığı erişkinlerde de görülmesi nedeniyle bu teoriye itiraz edilmiştir.¹⁰ Philipsen ve ark. bu kaviteğin komşu hiperplastik veya hipertrofik tükürük bezlerinin meydana getirdiği basınçtan dolayı şekillendiğini ileri sürmüşlerdir.³ Bu teori radyografilerde submandibuler ve sublingual tükürük bezlerinin radyolüsent

alanlarla yakın ilişkisinden dolayı kabul görmüştür. Cerrahi girişimlerde bu gelişimsel kavitede sıklıkla hapsolmuş normal tükürük bezi dokusuna rastlanması da bu teoriyi desteklemektedir.⁶ Ancak bazı araştırmacılar sonradan kazanılmış vasküler lezyonların ve lipomaların da bu kaviterin gelişiminde etken olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu hipotezlerini çocukluk döneminde çok nadir olarak bu kaviterin gözlenmesine bağlamışlardır.¹¹

SKK görülme insidansı % 0.1-1,2 arasında değişmektedir.² SKK daha çok erkeklerde ve 5. ve 6. dekatlardaki bireylerde (%70-90) gözlenmektedir.^{1,3} Quesada-Gómez ve ark.'nın çalışmasında bildirilen 11 olgunun 8'i (% 72) erkeklerde gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada yaş ortalamasını 51.2 olarak bildirmişlerdir.⁵ Şahin ve ark.'nın çalışmasında yaş ortalaması 53.8 olarak bulunmuştur ve hastalarının hepsi erkektir.¹² Philipsen ve ark. da SKK'nın, erkeklerde kadınlara göre 6 kat daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir.³

Cerrahi girişim gerektirmeyen bu kaviterin, içeriğiyle ilgili yapılan girişimlerde normal tükürük bezi dokusu dışında daha az sıklıkta, fibröz vasküler bağ dokusu, kemik parçacıkları, çizgili kas dokusu, lenfoid doku ve yağ dokusu histolojik olarak belirlenmiştir.^{6,8} Buna rağmen rutin radyografilerde tesadüfen fark edilen SKK'lerin kistik ve tümoral lezyonlardan ayırt edilmesi gerekmektedir.^{7,8} Radyolojik incelemede tek taraflı ve mandibuler kanalın altında lokalizasyon göstermeleri SKK oldukları yönünde kuvvetli bulgudur.⁹ Panoramik radyografi ve periapikal radyografiler lezyonun tanımlanması ve ayırıcı teşhisinin yapılması için her zaman tek başına yeterli değildirler.¹³ Bu nedenle ilave ileri görüntüleme metotlarına ihtiyaç vardır. Bu teknikler DBT, bilgisayarlı tomografi (BT), sialografi ve MR görüntülemeleridir. Bu yöntemlerle kesin teşhis koymak mümkündür.¹⁴ BT geniş lezyonların sınırlarının belirlenmesinde faydalıdır

ancak daha küçük lezyonlarının içeriğinin belirlenmesinde yetersizdir.¹³ Kaviteyle tükürük bezi arasında ilişki olduğunu belirlemek için sialografiyle beraber BT'den yararlanmak gerekir.¹⁵ Sialografi hastalar için rahatsız edici ve invazif bir girişim olması nedeniyle dezavantajlara sahiptir.⁷ Tükürük bezi içermeyen kaviterler için kullanımı kavite içeriği hakkında bilgi vermemektedir.² Ancak MR cerrahi girişime gerek bırakmayacak şekilde kavite içeriğini belirlemektedir. Ayrıca hastanın MR'ta radyasyona maruz kalmaması da bir avantajdır. Segev ve ark. BT'nin MR'dan daha basit ve kolay bir görüntüleme metodu olmasına rağmen kavitenin içeriği hakkında detaylı bilgi vermesinden dolayı kesin tanı için MR'ın daha üstün olduğunu bildirmişlerdir.¹³ DBT mandibula posteriorundaki bu kemik konfigürasyonlarının teşhis ve takibinde kolay, uygun, noninvazif metod olarak önerilmektedir.^{2,14,16}

SKK'nın sınırlarının ve lokalizasyonun görüntülenmesinde DBT ve içeriğinin belirlenmesinde ise MR'ın birlikte kullanımının bu yöntemlerin tek başına kullanımından daha yararlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu durum her ne kadar maliyetin artmasına neden olsa da cerrahinin maliyeti ve hasta konforu düşünüldüğünde kabul edilebilir bir yöntemdir.

Özet olarak rutin radyografik görüntülemelerde tespit edilen asemptomatik, radyolüsent lezyonu olan hastamızın kesin teşhisi için DBT ve MR'ın birlikte değerlendirilmesinden yararlandık. Lezyonun kesin teşhisi SKK olarak gerçekleştirilmiştir ve kavitenin yağ dokusu içerdiği belirlenmiştir. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi uzmanı tarafından daha önce planlanmış cerrahi girişime gerek kalmamıştır. Bu nedenle klinisyenlere ve cerrahlara bu tür lezyonların tanımlanması ve gereksiz cerrahi girişimlerin getireceği komplikasyon ve hukuki süreçlerden sakınmak için DBT ve MR

kombinasyonundan yararlanmalarını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Stafne E. Bone cavities situated near the angle of the mandible J Am Dent Assoc 1942;29:1969-1972.
2. Katz J, Chaushu G, Rotstein I. Stafne's bone cavity in the anterior mandible: a possible diagnostic challenge. J Endod 2001;27(4):304-307. [CrossRef]
3. Philipsen H, Takata T, Reichart P, Sato S, Sueti Y. Lingual and buccal mandibular bone depressions: A review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new cases from Japan. Dentomaxillofac Radiol 2002;31:281-290.
4. Barker G. A radiolucency of the ascending ramus of the mandible associated with invaginated parotid salivary gland material and analogous with a Stafne bone cavity. Br J Oral Maxillofac Surg 1988;26:81-84.
5. Quesada-Gómez C, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11(3):E277-280.
6. Aguiar LBV, Neves FS, Bastos LC, Cruso'e-Rebello I, Ambrosano GMB, Campos PSF. Multiple Stafne Bone Defects: A Rare Entity. ISRN Dentistry 2011;1-3
7. Turkoglu K, Orhan K. Stafne bone cavity in the anterior mandible. J Craniofac Surg 2010;21(6):1769-1775. [CrossRef]
8. Krafft T, Eggert J, Karl M. A Stafne bone defect in the anterior mandible: a diagnostic dilemma. Quintessence Int 2010;41(5):391-393.
9. Ogunsalu C, Pillai K, Barclay S. Radiological Assessment of Type II Stafne Idiopathic Bone Cyst in a Patient Undergoing Implant Therapy: A Case Report. West Indian Med J 2006;55(6):447-450. [CrossRef]
10. Terro WM, Crean J. Not All Radiolucent Images Are Pathological Lesions (Stafne Cyst). Report of Two Cases. Dental News 2006;13(3):22-27.
11. Minowa K, Inoue N, Sawamura T, Matsuda A, Totsuka Y, Nakamura M. Evaluation of static bone cavities with CT and MRI. Dentomaxillofac Radiol 2003;32(1):2-7. [CrossRef]
12. Şahin M, Görgün S, Güven O. Stafne Kemik Kavitesi. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2005;11:39-42.
13. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity - Magnetic resonance imaging Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:345-347.
14. Dolanmaz D, Etöz OA, Pampu AA, Kılıç E, Şişman Y. Diagnosis of Stafne's Bone Cavity With Dental Computerized Tomography. Eur J Gen Med 2009;6(1):42-45.
15. Ariji E, Fujiwara N, Tabata O, Nakayama E, Kanda S, Shiratsuchi Y, Oka M. Stafne's bone cavity. Classification based on outline and content determined by computed tomography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993;76(3):375-380.
16. Slasky BS, Bar-Ziv J. Lingual mandibular bony defects: CT in the buccolingual plane J Comput Assist Tomogr 1996;20:439-443. [CrossRef]