

Stafne kemik kavitesi: 3 olgu sunumu**Stafne bone cavity: 3 case reports**

Kıvanç Türkoğlu, DDS, Bedriye Gizem Çelebioğlu, DDS, Seçil Nigar Karadeniz, DDS

Ankara Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara.

Received: 20 February 2011 Accepted: 26 July 2011

ÖZET

Stafne kemik kaviteleri (SKK), mandibula angulusu ile 3. molar dişler arasında izlenen yuvarlak veya ovoid şekilli, iyi sınırlı, uniloküler ve radyolüsent görüntü veren lezyonlardır. Görülme yaşı çok geniş bir aralığa sahip olmasına rağmen, erkeklerde 5. ve 6. dekatlarda daha fazla görülmektedir. Ayırıcı tanısı travmatik kemik kisti, ossifiye fibroma ve florid osseoz displazi gibi benign lezyonların yanı sıra ameloblastoma gibi malign lezyonlarla yapılmaktadır. Ayırıcı tanıda sialografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi destekleyici görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Bu olgu sunumunda, sialografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) tekniğinin stafne kemik kavite (SKK) görüntüsünün belirlenmesi ve çenelerde görülen diğer kistik görüntülerle ayırıcı tanıda kullanılmasının önemi değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stafne kemik kavitesi (SKK), mandibuler kemik depresyonu, sialografi, bilgisayarlı tomografi (BT).

ABSTRACT

Stafne bone cavities (SBC), which arise mandible angulus among third molar teeth, are round or ovoid-shaped, well-circumscribed, uniloküler and radiolucent lesions. Despite a wide age range seen, in men, 5. and 6. decades seen more. The differential diagnosis of traumatic bone cyst, ossifying fibroma, benign lesions such as florid osseous dysplasia and malignant lesions such as ameloblastoma done. Supporting imaging modalities such as sialography, computerised tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) should be used for differential diagnosis. The aim of this case report was to highlight the use sialography and computered tomography (CT) for detecting stafne bone cavity (SBC) and to differentiate other radiographic appearance such as cystic lesion in the jaws.

Key words: Stafne bone cavity (SBC), mandibular bone depression, sialography, computerised tomography (CT).

GİRİŞ

Edward Stafne ilk kez 1942'de genellikle mandibula angulusu ile 3. molar diş arasında izlenen yuvarlak veya ovoid şekilli, iyi sınırlı, uniloküler ve radyolüsent görüntü veren lezyonları Stafne kemik kavitesi (SKK) olarak tanımlamıştır.²²

Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği Derneği (AÇBİD) 4. Uluslararası Kongresi 26-30 Mayıs 2010, Antalya-Türkiye, poster olarak sunulmuştur.

Bedriye Gizem ÇELEBİOĞLU
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD,
Beşevler, Ankara
Tel: 0536 893 27 28
e-mail: gizemcelebioğlu@hotmail.com

Aseptomatik radyolüsent görüntü veren SKK'nın 4 farklı tipi tanımlanmıştır:

1- Kavitelemeler mandibula posterior bölgesinde tek taraflı, inferior dental kanalın aşağısında ve korpus mandibulanın hafif üstünde görülen tipine posterior tip.

2- Keser dişlerle premolar dişler arasındaki bölgede, mylohyoid kasın başlangıç yerinin üstünde görülen tipine anterior tip.

3- Yükselen ramusun lingual yüzeyinde gözlenen tipine lingual tip.

4- Yükselen ramusun bukkal yüzeyinde gözlenen tipine bukkal tip.

SKK için dört farklı tip tanımlanmasına rağmen bu terim literatürde sıklıkla

posterior tip için kullanılmaktadır. SKK'nın posterior tipinin görülme sıklığı bazı araştırmacılar tarafından %0,10-0,48 arasında diğer araştırmacılar tarafından ise %6'ya ulaştığı ifade edilmektedir.⁹ Anterior tipin görülme sıklığı posterior tipten 7 kat daha azdır. Lingual veya bukkal yerleşimli olan tipleri ise çok nadir görülmektedir.^{6,8,10} Etyopatogenezinde pek çok açıklama önerilmekte ve bu nedenle, statik kemik kisti, lingual mandibuler kemik defekti, SKK, idiopatik kemik kavitesi ve lingual mandibuler kemik depresyonu gibi değişik isimler verilmektedir.^{9,10,15,21} Görülme yaşı çok geniş bir aralığa sahip olmasına rağmen, erkeklerde 5. ve 6. dekatlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.^{4,10,15}

Mandibulada radyolüsent görüntülerin ayırıcı tanısı travmatik kemik kisti, ossifiye fibroma ve florid osseoz displazi gibi benign lezyonların yanı sıra ameloblastoma gibi malign lezyonları da içermektedir.^{10,15} Bu nedenle, radyografik bulguların kesin tanıya ulaştıramadığı durumlarda, sialografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi destekleyici görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Bizim olgularımızda lezyonlardan alınan ileri görüntüleme yöntemleriyle lezyonların SKK olduğu tespit edilmiş ve ileri bir tetkik yapılmaksızın takip aşamasına geçilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, sialografi ve BT kullanımının, SKK'nın teşhisi ve çenelerde görülen diğer kistik görüntülerle ayırıcı tanısındaki öneminin vurgulanmasıdır.

OLGU SUNUMU

46 yaşında bayan, 57 ve 63 yaşında erkek hastalar, rutin radyolojik incelemeler sırasında, odontojenik kist şüphesiyle, kendi hekimleri tarafından, kliniğimize yönlendirildi. Her vakadan, alınan panoramik radyograflarda, mandibulanın posterior bölgesinde, dişlerle ilgili olmayan, inferior dental kanalın altında veya kanalın üstüne süperpoze olduğu yuvarlak veya ovoid şekilli, radyoopak

sınırı bulunmayan, 1cm, 4cm ve 3cm çaplarında radyolüsent lezyonlar izlendi (Resim 1 ve 2).



Resim 1. 57 yaşında erkek hastada, sol mandibuler posterior bölgede gözlenen SKK'nın panoramik radyograf görüntüsü.



Resim 2. 46 yaşında bayan hastada, sağ mandibuler posterior bölgede gözlenen SKK'nın panoramik radyograf görüntüsü.

Medikal yönden sağlıklı olan hastaların anamnezlerinde mandibulaya yönelik herhangi bir travma hikayesi saptanmadı. Ekstraoral ve intraoral incelemelerde, belirgin bir bulgu ve servikal lenfadenopatiye rastlanılmadı. Mandibuler kanalın, kortikal dış kısmı, lezyonun anterior ve posteriorunda net şekilde izlenirken lezyonların üstündeki mukoza normal görünümünde izlendi. Herhangi bir enfeksiyon belirtisi veya fistül tespit edilmedi.

Hastalardan aydınlatılmış onam alındı ve SKK ön tanısı ile biyopsi yapılmadan submandibuler beze yönelik sialografi

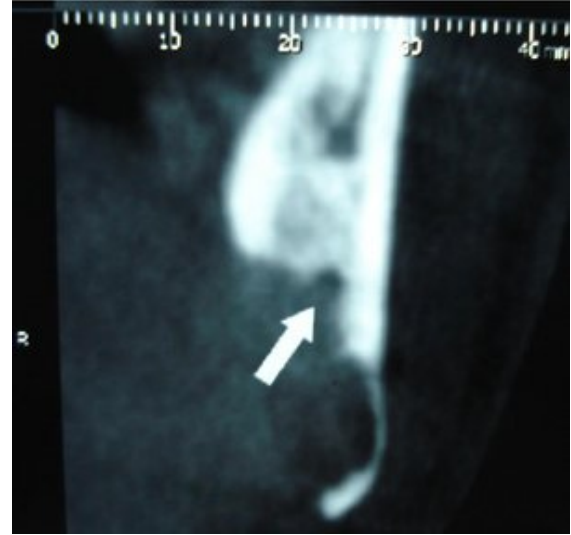
görüntüleri elde edildi daha sonra ilave tetkikler için BT istendi (Resim 3). Mandibulanın bukkolingual rekonstrüksiyon programından elde edilen aksiyal BT görüntülerinde, lingual kortekste devamsızlık ve bukkal kortekste bazı aşınmalar gözlemlendi. Hastaların, aksiyal, koronal ve 3 boyutlu BT görüntülerinde, lezyon alanında lingual kemik defekti tespit edildi (Resim 4 ve 5). Lezyonlar, SKK'nın posterior tipi olarak tanımlandı. Hastalar, lezyonla ilgili bilgilendirildi, ileri bir inceleme istenmeden ve herhangi bir tedaviye başlanmadan düzenli takibe alındı.



Resim 3. 57 yaşında erkek hastada, sol mandibuler posterior bölgede gözlenen SKK'nın sialografi görüntüsü.



Resim 4. 63 yaşında erkek hastada, sol mandibuler posterior bölgede gözlenen SKK'nın BT görüntüsü.



Resim 5. 63 yaşında erkek hastada, sol mandibuler posterior bölgede gözlenen SKK ve mandibuler kanalın BT görüntüsü.

TARTIŞMA

Stafne kemik kavitesi, en sık 5. ve 6. dekatlarda, erkek bireylerde görülmektedir.⁷ Üç adet sınırlı sayıda olgu sunumumuzda bireylerin yaşları, yayımlanan makalelerle uyumluluk göstermektedir.

Önceki yayınlarda, lezyonun konjenital olduğu ifade edilirken, lezyonun orta yaşlarda oluşması, bu görüşü tartışmalı kılmaktadır. SKK'nın, etyolojisini açıklamaya yönelik çeşitli teoriler vardır. Stafne, lingualde kavite oluşmasını, kırık dokularında kemik oluşmasındaki eksikliğe bağlı geliştiğini ifade etmiştir.^{1,5,22} Bazı araştırmacılar ise, kemik depresyonuna bez dokularının mandibulanın lingual korteksine baskısı sonucu oluştuğunu savunmaktadır.²³ Submandibular bez posterior tipiyle, sublingual bez anterior tipiyle ve parotis bezi yükselen ramusta görülen iki tipiyle ilişkilidir.^{3,15} Bezdeki, çıkıntının cerrahi işlemle çıkarılmasından sonra SKK'nın gerilediğine dair yayınlar bulunmaktadır.²⁰

Pek çok cerrahi seride, kemik defektinin içinde tükrük bezi olduğu belirtilmiş, ancak, kas, lenfatik doku ve kan damarı içerdiğini söyleyen çalışmalarda vardır. Cerrahi raporlardaki bulgular, bezde

aralıklı fitik oluşumuyla, fitikli bezin alınmasıyla veya kavite içeriğinin cerrahi olarak çıkarılmasıyla açıklanmıştır.²³ Alternatif etyolojiler ise, kemik iskemisi gibi önerilmiştir.¹³

SKK ile ilgili, vaka raporlarında, bulguları intraoral dental filmlerle, mandibulanın düz filmleriyle veya ortopantograflarla karşılaştırılmış. Bu görüntüleme yöntemleri, teşhis için sıklıkla yeterli olmasına rağmen, lezyon atipik olduğunda tanımlayıcı olmayabilir. Bu durumlarda, sağlamaştırıcı testler yapılmalıdır. Bu testler yardımıyla, travmatik kemik kisti, basit kemik kisti, periapikal kist, dentigeröz kist, odontojenik keratokist, nonossifiye fibrom, fibröz displazi, ameloblastoma, metastazlar, giant cell tümörler, vasküler malformasyonlar, fokal osteoporotik kemik defektleri, bazal hücreli nevus sendromu ve hiperparatiroidizmdeki Brown tümörleri gibi mandibulada radyolusent görüntü veren diğer lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılabilir.^{1,2,17,23}

Lingual kemik defektlerinin, çoğunlukla posterior tipi genellikle geleneksel filmlerle teşhis edilmektedir. Radyografik özellikleri daha önce bahsedildiği gibi çoğu kez tipiktir.¹⁸ Kesin tanı, biopsiyle konulsa bile bu işlem her zaman gerekli değildir. Bununla birlikte, sialografi, BT ve MRG gibi, ileri görüntüleme teknikleri, teşhis için yeterli bilgi sağlar. Tedaviye gerek yoktur, basit gözlem yeterlidir.⁷

Sialografi, kemik defekti içindeki, tükrük bezi kanallarının tanımlanması için kullanılmaktadır, ancak, SKK'nin negatif sialogram verdiği, cerrahi olarak kanıtlanmış vaka raporları da bulunmaktadır.⁵ Sialografi, hastalara uygulaması kolay, pahalı olmayan ve hastaları daha az radyasyona maruz bırakan bir yöntemdir. BT, diğer kemik patolojileriyle SKK'nin ayırıcı tanısını yapmada tamamlayıcı teşhis işlemidir.¹⁸ Segev ve ark., SKK'nin teşhisinde, BT kullanımının MRG'den daha kolay olduğunu, ancak MRG'nin kavite içeriğini belirlemede önemli olduğunu belirtmiş-

lerdir. SKK'nin, BT görüntülerinin çoğunda, defekt içerisinde tükrük dokusunun olduğu gözlenmiş, ancak geniş BT serilerinde küçük SKK'lerinin içeriğinin sadece yağ ve yumuşak doku olduğu bildirilmiştir. Yukarıda belirtildiği gibi, bu bulgular bezin geri doğru gitmesi veya aralıklı fitik oluşumuyla açıklanabilmektedir.^{2,5,19}

SKK'nin teşhisinde sialografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi destekleyici görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Bizim olgularımızda lezyonlardan alınan ileri görüntüleme yöntemleriyle lezyonların SKK olduğu tespit edilmiş ve ileri bir tetkik yapılmaksızın takip aşamasına geçilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Adra NA, Barakat N, Melhem RE. Salivary gland inclusion in the mandible: Stafne's idiopathic bone cavity. *AJR Am J Roentgenol* 1980;134:1082-1083.
2. Barak S, Katz J, Mintz S. Anterior lingual mandibular salivary gland defect: a dilemma in diagnosis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1993;31:318-320. [CrossRef]
3. Barker G. A radiolucency of the ascending ramus of the mandible associated with investid parotid salivary gland material and analogous with a Stafne bone cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:81-84.
4. Barker G. Xeroradiography in relation to a Stafne bone cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:32-35. [CrossRef]
5. Branstetter BF, Weissman JL, Kaplan SB. Imaging of a Stafne bone cavity: what MR adds and why a new name is needed. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999;20(4):587-589.
6. Campos P, Panella J, Crusoé-Rebello I, Azevedo R, Pena N, Cunha T. Mandibular ramus-related Stafne's bone cavity. *Dentomaxillofac Radiol* 2004;33:63-66.

7. Correll RW, Jensen JL, Rhyne RR. Lingual cortical mandibular defects: a radiographic incidence study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50:287–291. [\[CrossRef\]](#)
8. de Courten A, Kuffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94:460-464.
9. Grau J, Gay Escoda C, Hernández F. Cavidad de Stafne. Revisión a propósito de 6 casos. *Av Odontoestomatol* 1991;7:83-87.
10. Grellner T, Frost D, Brannon R. Lingual mandibular bone defect: Report of three cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:288-296. [\[CrossRef\]](#)
11. Kao YH, Huang IY, Chen CM, Wu CW, Hsu KJ, Chen CM. Late mandibular fracture after lower third molar extraction in a patient with Stafne bone cavity: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(7):1698-1700. [\[CrossRef\]](#)
12. Katz J, Chaushu G, Rotstein I. Stafne's bone cavity in the anterior mandible: A possible diagnostic challenge. *J Endod* 2001;27:304-307.
13. Lello GE, Makek M. Stafne's mandibular cortical defect: discussion of aetiology. *J Craniomaxillofac Surg* 1985;13:172-176.
14. Lewandowski L, Osmola K, Marcinkowski M, Iwanik K. Atypical Stafne bone cavity of the mandible. *Otolaryngol Pol* 2006;60(2):203-205.
15. 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;31:281-289.
16. Phillips A, Yates C. Case report: Anterior lingual mandibular cortical bone concavity. *Dent Update* 2004;31:175-176.
17. Prapanpoch S, Langlais RP. Lingual cortical defect of the mandible: an unusual presentation and tomographic diagnosis. *Dentomaxillofac Radiol* 1994;23:234–237.
18. Quesada-Go'mez C, Valmaseda-Castello'n E, Berini-Ayte's L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:277-280.
19. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity: magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:345– 347.
20. Shibata H, Yoshizawa N, Shibata T. Developmental lingual defect of the mandible: report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:328–329. [\[CrossRef\]](#)
21. Slasky B, Bar-Ziv J. Lingual mandibular bony defects: CT in the buccolingual plane. *J Comput Assit Tomogr* 1996;20:438-443.
22. Stafne E. Bone cavities situated near the angle of the mandible. *J Am Dent Assoc* 1942;29:1969-1972.
23. Tsui SH, Chan FF. Lingual mandibular bone defect: case report and review of the literature. *Aust Dent J* 1994;39:368–371. [\[CrossRef\]](#)