



SEMENTO-OSSİFİYE FİBROMA: OLGU RAPORU

CEMENTO-OSSIFYING FIBROMA: CASE REPORT

Semra KAYAALTI ÖZARSLAN¹, Gülperi KOÇER², Orçun TOPTAŞ³, Timuçin BAYKUL⁴

ÖZET

Fibro-osseöz lezyonlar, kemiğin fibröz bağ dokusu ile yer değiştirmesi ile karakterize lezyonlardır. Semento-ossifiye fibroma, genellikle mandibulada ortaya çıkan benign fibro-osseöz bir lezyondur.

On yedi yaşındaki bayan hasta mandibula sağ molar bölgesindeki ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Klinik, radyografik ve histopatolojik bulgulara dayanarak semento-ossifiye fibroma tanısı konuldu.

Anahtar kelimeler: Fibro-osseöz Lezyon, Semento-ossifiye Fibroma, Mandibula, Rekkürens

ABSTRACT

Fibro-osseous lesions are characterized by the replacement of bone by a benign connective tissue matrix. Cemento-ossifying fibroma is a benign fibro-osseous lesion that occurs mostly in mandible.

A 17-year-old woman was referred to our clinic with a complaint of pain and swelling in the right molar region. Based on clinical, radiographic and histopathological evaluation the diagnosis was concluded as cemento-ossifying fibroma.

Keywords: Fibro-osseous Lesion, Cemento-ossifying Fibroma, Mandible, Recurrence

1. Dr. Dt., Serbest Diş Hekimi, Antalya, TÜRKİYE

2. Yard. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Isparta, TÜRKİYE

3. Dr. Dt., Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Isparta, TÜRKİYE

4. Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Isparta, TÜRKİYE

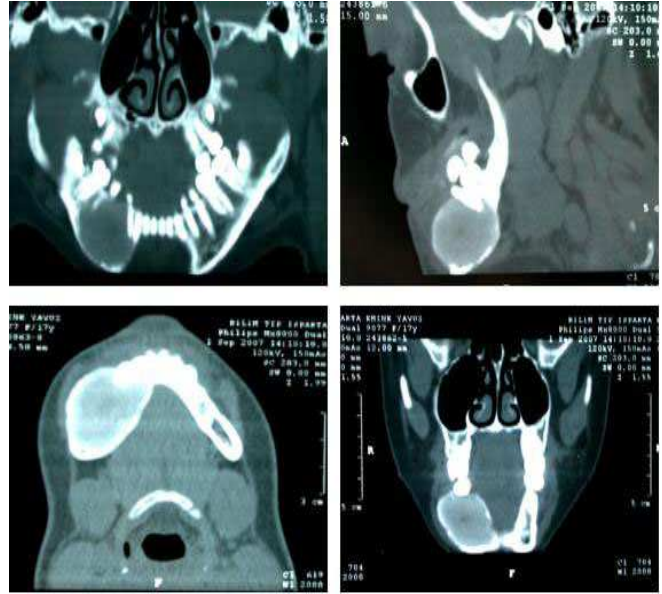
GİRİŞ

“Fibro-osseöz lezyon” terimi normal kemik yapısının fibröz doku ile yer değiştirmesini ifade eder. Fibro-osseöz lezyon teriminin içine pek çok lezyon girer ve bu konuda çok net bir sınıflandırma yoktur.¹⁻³ Çene ve yüzdeki fibro-osseöz lezyonlar; fibröz displazi, semento-osseöz displazi ve semento-ossifiye fibroma şeklinde gruplandırılabilir.^{3,4}

Semento-ossifiye fibroma, işsi fibroblastik hücrelerden oluşan neoplastik bir stroma içinde, sement veya kemik benzeri alanlar bulunan iyi sınırlı bir tümördür. Etkilenen kemikte yavaş büyüme ile karakterize, fibröz doku ve kalsifiye materyal içeren benign fibro-osseöz bir lezyondur.⁵⁻⁹

Kadınlarda, 2. ve 4. dekatlarda, mandibulada ve premolar-molar dişler bölgesinde daha sık görülür.^{6,10} Her iki çenede de görülebilmekle birlikte, mandibula tutulumu maksilladan daha fazladır. Tümörün büyümesine bağlı gözle görülür şişlik ve fasiyal asimetri meydana gelene kadar lezyon genellikle asemptomatiktir. Şişlik, dişlerde yer değişikliği ile birlikte görülen ağrı, semento-ossifiye fibromanın en sık görülen klinik bulgularıdır.^{5,9} Radyolojik olarak iyi sınırlı, içinde bulunan kalsifiye komponentin miktarı ile ilişkili olarak opasite alanları içeren radyolüsent yapıda kitle halindedir. Erken evrelerde tamamen radyolüsent olabilir. Tümör olgunlaştıkça kalsifikasyonların artmasına bağlı olarak radyoopak-radyolüsent görüntüler ortaya çıkar. Lezyonla ilişkili dişlerde hareket ve rezorbsiyon izlenebilir. Kemik korteksinde ekspansiyon oluşturabilir. En önemli tanı kriterlerinden biri, santrifugal büyüme paterni sergilemesi nedeni ile lezyonun her yöne eşit ekspansiyon yapmasıdır.^{5,9}

Tedavisi konservatif enükleasyon veya radikal cerrahidir. Nüksü önlemek için cerrahi olarak tamamen çıkarılması gerekmektedir.^{7,8} Bu çalışmanın amacı, mandibulada ortaya çıkan ve enükleasyonla tedavi edilen bir semento-ossifiye fibrom vakasını literatür bilgileri ışığında tartışmaktır.



Resim 1: Bilgisayarlı tomografide lezyonun görüntüsü

OLGU SUNUMLARI

On yedi yaşındaki bayan hasta mandibula sağ premolar-molar bölgesindeki şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan klinik muayenesinde hastada kısıtlı ağız açıklığı, palpasyonda ağrı ve bukkolingual yönde ekspansiyon olduğu tespit edildi. Panoramik radyografi ve bilgisayarlı tomografilerin incelenmesi ile lezyon çevresinde kemik rezorbsiyonu olduğu gözlemlendi. Radyoopak sınırlı, odontojenik kist benzeri radyolüsent görünümü olan lezyonun mandibula alt sınırına kadar uzandığı tespit edildi (Resim 1, 2). Lezyonla ilişkili dişlerde yer değişikliği olduğu gözlemlendi. Lezyon, lokal anestezi altında enükleasyon ve küretajla temizlendi (Resim 3). Patoloji raporunda kesitlerde, işsi fibroblastik hücre

Semento-Ossifiye Fibroma

demetlerinden oluşan stroma içinde, yuvarlak, çok sayıda ossifikasyon alanlarından oluşan proliferatif lezyon gözleendiği, ossifiye yapıların düzensiz lamellasyon gösterdiği ve sement benzeri görünüm verdiği belirtilmiştir. Malign bir lezyonu düşündürecek herhangi bir bulguya rastlanmadığı ve tanının benign fibro-osseöz lezyon ile uyumlu olduğu ifade edilmiştir. Mikroskopik görüntülere ilaveten klinik bulguların da uyumlu olması durumunda histopatolojik bulguların “semento-ossifiye fibroma” ile uyumlu olduğu rapor edilmiştir.



Resim 2: Mandibula alt sınırına kadar uzanan lezyonun panoramik görüntüsü

Operasyondan sonra sorunsuz bir şekilde iyileşen hasta kontrol altına alındı. İlk operasyondan yaklaşık 8 ay sonra hasta tekrarlayan ağrı ve şişlik şikayeti ile tekrar kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan panoramik radyografilerde, lezyonun radyopak-radyolüsent bir görüntü kazandığı görüldü (Resim 4). İlgili bölge tekrar açılarak sert ve fibrotik dokular temizlendi ve histopatolojik inceleme için laboratuara gönderildi. Kesitlerde, muhtemelen önceki operasyona bağlı fibröz bağ dokusu, vasküler proliferasyon, rejeneratif değişiklikler ve reaktif kemik dokusu örnekleri görüldüğü, ayrıca içsi fibroblastik hücrelerden oluşan sellüler bir stroma içinde, yuvarlak

yapıda, mineralize sement-kemik benzeri yapılar içeren neoplastik lezyon izlendiği rapor edilmiştir. Örnekte malign bir lezyonu düşündürecek bulguya rastlanmadığı belirtilmiştir. İlk patolojik rapora benzer şekilde histolojik bulguların “benign fibro-osseöz lezyon” ile uyumlu olduğu ve morfolojinin öncelikle “semento-ossifiye fibromayı” düşündürdüğü rapor edilmiştir.



Resim 3. Operasyon esnasında kürete edilen lezyonun görüntüsü

Hasta, ikinci operasyondan sonra 18 aydır kontrol edilmektedir ve yayının hazırlandığı tarihte nüks tespit edilmemiştir.



Resim 4. Nüks eden lezyonun 8 ay sonraki görüntüsü

TARTIŞMA

Semento-ossifiye fibroma, genellikle mandibulada ortaya çıkan benign fibro-osseöz bir lezyondur. Semento-ossifiye fibromanın en belirgin özelliği hem bukkale hem de linguale ekspansiyon göstererek mandibula alt sınırına kadar büyümesidir.⁹ Komşuluğundaki dişler genellikle yer değiştirir. Genellikle 2-4. dekatlarda ve kadınlarda daha sık gözlenir.^{7,10} Bununla birlikte bazı yazarlar kadınlarda daha sık görüldüğünü rapor ederken, bazıları her iki cinsiyette de eşit oranda görüldüğünü bildirmiştir.^{8,9,11} Lezyonların çoğu premolar-molar bölgede oluşur ve genç hastalarda daha agresif olma eğilimindedir.⁸⁻¹⁰ Bildirilen vakada tespit edilen ağrı, şişlik, bukkal-lingual ekspansiyon, dişlerde yer değişikliği gibi klinik bulgular ve lezyonun lokalizasyonu, literatürde bildirilen vakalarla benzerlik göstermektedir.

Lezyonun tanısında radyolojik bulgular önem taşır. Radyografik olarak, genellikle iyi sınırlı radyolüsent veya radyolüsent-radyopak bir görüntüye sahiptir ve uniloküler veya multiloküler bir görünüm sergiler.^{9,10} Lezyon büyük boyutlara ulaşırsa, dişlerde kök rezorpsiyonları, yer değişiklikleri ve mandibulada erozyon gözlenebilir.¹⁰ Vakamızda, lezyonun alınan ilk panoramik radyografisinde tamamen radyolüsent olduğu ve mandibular premolar dişte yer değişikliğine neden olduğu saptanmıştır.

Lezyonun ayırıcı tanısında fibröz displazi ve diğer fibro-osseöz lezyonlar akla gelmelidir. Semento-ossifiye fibroma genellikle, benzer radyopak-radyolüsent görüntüye sahip olan fokal semento-osseöz displazi ile karıştırılabilmektedir. Fokal semento-osseöz displazi reaktif bir lezyon olup mandibular dişlerin kökleri etrafında oluşur ve kemikte ekspansiyona neden olamaz. Bunun aksine,

semento-ossifiye fibroma kortikal ekspansiyona neden olan agresif bir lezyondur ve genellikle dişlerde ayrılmalara neden olur. Her iki lezyon da benzer histopatolojik özellikler sergileyebilir.⁹ Semento-ossifiye fibromanın klinik özellikleri spesifik değildir ve radyolojik tanı, lezyonun değişik görüntüler sergilemesi nedeniyle her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle kesin tanı için, klinik, radyografik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilmelidir. Lezyonun benzer klinik ve histopatolojik özellikleri, fibröz displazi ve diğer fibro-osseöz lezyonlarla ayırıcı tanısını zorlaştırmaktadır.⁵⁻⁹ Günümüzde, patoloğlar radyografik ve klinik bulguların net olmadığı durumlarda kesin tanı koymaktan kaçınmakta, bunun yerine genellikle bizim vakamızda da olduğu gibi “benign fibro-osseöz lezyon” tanımı gibi genel bir görüş bildirme taraftarı olmaktadır.^{7,15} Uygun olmayan tedavi ihtimali göz önüne alındığında, en kabul edilebilir yaklaşımın bu olduğunu savunmaktadırlar.³ Tanı konulduktan sonra her birinin tedavi yöntemi farklıdır. Hasta hikayesi ve lezyonun mandibula içindeki lokasyonu, sınırları, içeriğinin yapısı ve komşu yapılara olan etkilerinin dikkatlice değerlendirilmesi sonucu ayırıcı tanını alanının daraltılmasını olanak verebilmektedir.¹²

Histolojik olarak farklı sert doku konfigürasyonları gözlenebilmekle birlikte bunlar tümörün klinik davranışını etkilememektedir. Bununla birlikte tanının konulabilmesi için bu özelliklerin bilinmesi önem taşımaktadır. Semento-ossifiye fibromanın spesifik histomorfolojik görünümü lezyonun diğer fibro-osseöz lezyonlardan ayırıcı tanısını kolaylaştırmaktadır. Çünkü, semento-ossifiye fibromanın histolojik parametreleri açık bir şekilde tanımlanmıştır ve major değişiklik göstermemektedir.⁹

Semento-Ossifiye Fibroma



Histopatolojisinde, sement benzeri materyal ve metaplastik kemik mevcuttur.¹⁰ Vakamızda, içsi fibroblastik hücrelerden oluşan sellüler bir stroma içinde, yuvarlak yapıda, mineralize sement-kemik benzeri yapılar içeren neoplastik lezyon izlendiği rapor edilmiş ve klinik ve radyolojik görüntülerin de uyumlu olması halinde tanının semento-ossifiye fibroma ile uyumlu olduğu bildirilmiştir.

Semento-ossifiye fibromun tedavisi konservatif enükleasyon/küretaj veya radikal cerrahidir.⁶ Sakoda ve ark., geniş bir ossifiye fibromanın tedavisinde segmental rezeksiyon metodunu kullandıklarını bildirmişlerdir.¹³ Bununla birlikte, Slootweg ve Muller, daha konservatif yolla tedavi edilen hastaların sonuçları ile major cerrahi uygulanan hastalar arasında bir farklılık olmadığını rapor etmişlerdir.¹⁴ Bu nedenle geniş tümörlerde bile konservatif cerrahi önerilmektedir. Geniş semento-ossifiye fibromaların konservatif olarak tedavi edilmesinin birçok avantajı vardır. Örneğin, cerrahi sonrası morbidite azdır, kemik oluşumu iyidir ve his kaybı olmaz ve ikinci bir cerrahi sahadan alınacak greft gerektirmez.¹⁰ Vakamızda hastanın yaşının küçük olması nedeni ile fasiyal deformiteye neden olabilecek radikal cerrahi operasyon yerine konservatif tedavi tercih edilmiştir. Cerrahiden sonra bu benign tümörlerin rekkürensi her ne kadar nadir gibi düşünülse de bu oran %0-30 gibi değişik oranlarda rapor edilmiştir.^{6,10} Vakamızda ilk operasyondan 8 ay sonra nüks gözlenmiş ve ikinci bir operasyona ihtiyaç duyulmuştur. Takibe alınan hastada tekrar nüks gözlenmemiştir. Sonuç olarak, semento-ossifiye fibrom benzeri benign tümörlerde doğru teşhis ve tedavinin yapılabilmesi amacıyla klinik, radyografik ve patolojik bulgular birlikte değerlendirilmeli, operasyon sonrası hasta takipleri düzenli olarak yapılarak lezyonun nüks etmesi

durumunda erken müdahale ile radikal cerrahi operasyonların önüne geçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Yücetaş Ş. Kemik tümörleri ve tümör benzeri lezyonlar. In: Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. Atlas Kitapçılık. Ankara, s: 244-245, 2005.
2. Yalçınkaya U, Doğanavşargil B, Sezak M, Öztop F. Craniofacial fibroosseous lesions. Türk Patoloji Dergisi 2006;22(2):68-73.
3. MacDonald-Jankowski DS. Fibro-osseous lesions of the face and jaws. Review. Clin Radiol 2004;59(1):11-25.
4. Ogunsalu CO, Lewis A, Doonquah L. Benign fibro-osseous lesions of the jaw bones in Jamaica: analysis of 32 cases. Oral Diseases 2001; 7: 155-162.
5. Sarwar HG, Jindal MK, Ahmad SS. Cemento-ossifying fibroma--a rare case. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2008;26(3):128-131.
6. Ertuğ E, Meral G, Saysel M. Cemento-ossifying fibroma: a case report. Quintessence Int 2004;35(10):808-810.
7. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. J Oral Maxillofac Surg 1993;51:828-835.
8. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasias and cemento-ossifying fibromas: I. A pathologic spectrum of 316 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;84(3):301-9.
9. Sopta J, Dražić R, Tulić G, Mijucić V, Tepavčević Z. Cemento-ossifying fibroma of jaws--correlation of clinical and pathological findings. Clin Oral Investig. 2010 Feb 12. [Epub ahead of print]
10. Ong AH, Siar CH. Cemento-ossifying fibroma with mandibular fracture. Case report in a young



patient. Aust Dent J 1998;43(4):229-233.

11. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;84(5):540-549.

12. Scholl R, Kellet H, Neumann D, Lurie A. Cysts and Cystic Lesions of the Mandible: Clinical and Radiologic-Histopathologic Review Radiographics 1999;19:1107-1124.

13. Sakoda S, Shiba R, Irino S. Immediate reconstruction of the mandible in a patient with ossifying fibroma by replantation of the resected segment after freezing. J Oral Maxillofac Surg 1992;50:521-524.

14. Slootweg PJ, Muller H. Juvenile ossifying fibroma: Report of four cases. J Cranio-Max-Fac Surg 1990;18:125-129.

15. Eisenberg E, Eisenbud L. Benign fibro-osseous diseases: current concepts in historical perspective. Oral Maxillofac Clin Nor Am 1997;9:551-562.

İletişim Adresi

Dr. Dt. Semra KAYAALTI ÖZARSLAN

Şirinyalı Mahallesi,

İsmet Gökşen Caddesi,

Veli Sulu 2 Apt. 107/7 ,

Antalya-TÜRKİYE

Tel: 0 532 638 42 60

E-posta: semraozarslan@hotmail.com