

KLİNİK OLARAK SEMENTOBLASTOMA'YI TAKLİT EDEN KONDENSİNG OSTEİTİS (VAKA RAPORU)

Condensing Osteitis Mimicking Clinically Sementoblastoma (case report)

Beste İNCEOĞLU*

Zehra FIRTINA EKİNCİOĞLU**

Ahmed Kanaan NADER**

Bengi ÖZTAŞ***

Ayşegül M. TÜZÜNER ÖNCÜL****

ABSTRACT

Condensing osteitis is a pathologic growth of the maxillomandibular bones, characterized by mild clinical symptoms. Bone thickening reflects impaired bone rearrangement in response to the mild infection of dental pulp.

In the past the benign cementoblastoma was recognized in the World Health Organization's classification of odontogenic tumours as one of the cementoma neoplasias. Recently the benign cementoblastoma is included into 'Mesenchyme and/or odontogenic ectomesenchyme, with or without odontogenic epithelium' odontogenic tumours. Benign cementoblastoma has characteristic radiologic and microscopic features and it appears to be fused to the tooth roots. Symptoms may be totally absent, and when they do occur, pain and swelling are frequent findings. The final diagnosis is usually made histopathologically, but the clinical diagnosis is comparatively easy if it is examined radiographically. The tumour has unlimited growth potential. Most frequently tends to be associated with an erupted permanent tooth, most often the 1.st molar, rarely has an association with an impacted or partial impacted tooth been reported.

In this case report, 25-year-old male patient clinically and radiologically are compatible with benign cementoblastoma but a condensing osteitis case was diagnosed. The lesion seen as a radio-

paque mass attached to the roots of the lower left 1.st molar tooth.

Key words: cementoblastoma, condensing osteitis, odontogenic tumor.

ÖZET

Kondensing osteitis maksillomandibuler kemiklerde patolojik bir büyümedir. Hafif klinik belirtiler ile karakterizedir. Kemik kalınlaşması bozulmuş kemiğin yeniden düzenlenmesini yansıtır ve buda diş pulpasının hafif enfeksiyonuna yanıtıdır.

Geçmişte benign sementoblastoma, Dünya Sağlık Örgütü odontojenik tümörlerin sınıflamasına göre sementoma neoplazilerinden biri olarak tanımlanmıştır. Son zamanlarda benign sementoblastoma mezenşim ve / veya odontojenik ekto-mezenşim içeren odontojenik epitelli veya epitelsiz odontojenik tümörlere dahil edilmiştir. Benign sementoblastomanın karakteristik radyolojik ve mikroskopik özellikleri vardır ve diş köklerine kaynamış görünür. Hiç semptom göstermeyebilir, eğer semptom ortaya çıkarsa, ağrı ve şişlik sık rastlanan bulgulardır. Kesin tanı genellikle histopatolojik olarak yapılır, ancak radyografik inceleme ile klinik tanı nispeten daha kolaydır. Tümör sınırsız büyüme potansiyeline sahiptir. En sık sürmüş bir daimi diş ile ilişkilidir, çoğunlukla 1.

* Arş. Görv. Dt. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.B.D.

** Arş. Görv. Dt. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D.

*** Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.B.D.

**** Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D.

molar diş ile ilişkili olma eğilimindedir. Nadiren gömülü veya kısmen gömülü bir diş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Bu rapor 25 yaşında erkek hastada klinik ve radyografik olarak benign sementoblastoma'ya taklit eden fakat, histopatolojik tanısı kondensing osteitis'le uyumlu bir vaka sunumudur. Lezyon sol alt çene 1. molar diş köküne yapışık radyopak bir kitle olarak görülmektedir.

Anahtar kelimeler: sementoblastoma, kondensing osteitis, odontojenik tümör.

GİRİŞ

Benign sementoblastoma çenelerde nadir görülen odontojenik neoplazmdir ve ilk kez 1927 yılında Dewey tarafından tanımlanmıştır (1).

Benign sementoblastoma odontojenik ekto-mezenşimden oluşur. Tüm tümörlerin %0.8 - %15'ini oluşturur. Benign sementoblastoma sıklıkla 20-30 yaş arasındaki erkeklerde daha sık görülür (2). Mandibulada maksil-ladan 3 kat daha fazla ortaya çıkar (3). Bu tümör genelde ağrı, ekspansiyon veya şişlik yaparak mandibuler sinire baskı yapmaya kadar asemptomatiktir. Mandibulada özellikle premolar veya 1. molar bölgesinde görülür. Kortikal kemikle iyi sınırlı radyopak ve kortikal sınırın içinde radyolüsent bir bant mevcuttur. İnternal yapının büyük kısmı radyopak olan karışık radyolüsent ve radyopak lezyonlardır. Amorf ve araba tekerleği görüntüsündedir. Sement kitlesinin densi-tesi zarf gibi kökün dış hattını sarar. Eğer kökün dış hattı belirgin olursa çeşitli miktarlarda ekster-nal rezorbsiyon görülür. Eğer tümör yeterince büyük olursa ekspansiyon izlenir. Benign sementoblastomada dişler çoğunlukla vital olarak izlenebilir, dişlerin devital olduğu durumlarda görülebilir (4).

Periapikal semental displazinin soliter lezyonu ile karışır. Bazı vakalarda ayırıcı tanı zordur. Genellikle benign sementoblastoma etrafındaki radyolüsent bant daha iyi izlenir ve semental displaziden daha uniformdur. 1. molar bölgesindeki sementoblastoma, semental displaziden daha yuvarlak şekillidir. Kondensing osteitis, enostoz ve hiperse-mentozdan da ayırt edilmelidir. Kondensing osteitis ve

enostozda ise yumuşak doku kapsülü yoktur. Hipersementozlu dişlerde periodontal aralığın bulunması, kök rezorpsiyonuna neden olması ve kortikal ekspansiyon yapmaması benign sementoblastoma ile ayırıcı tanıdır. Kondensing osteitis düşük dereceli inflamatuvar stimulusa lokal bir kemik reaksiyonu olduğuna inanılan nispeten yaygın görülen bir lezyondur. Genellikle uzun süreli pulpitisli bir dişin apeksinde görülmektedir.

Kondensing osteitis için fokal skleroze osteomyelitis ve sklerotik kemik terimleri de kullanılmaktadır. Kondensing osteitis herhangi bir yaşta görülebilir, fakat tipik olarak gençlerde görülmektedir. Bulgular genellikle asemptomatiktir ve çoğu lezyon rutin radyografik muayenelerde tespit edilirler. Büyük bir çoğunluğu mandibuler 1. molarların apekslerinde bulunurlar, daha az bir kısmı ise mandibula 2. molarlar ve premolarlarla ilişkilidir. Dişler çekildiği zaman bu lezyonlar belli belirsiz bir şekilde kalırlar (Bone scar).

VAKA RAPORU

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi bölümüne, mandibuler sol 1. molar dişte ağrı şikayeti ile başvuran 25 yaşında, beyaz tenli erkek hastaya yapılan klinik muayene sonucunda dişte MOD amalgam dolgu olduğu görülmüştür (resim 1). Palpasyon ve perküsyon bulguları pozitif olarak elde edilmiştir. Alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenilmiştir. Radyolojik muayene için alınan panoramik radyografıta sol alt 1. molar dişin her iki kökünü de kapsayan köklerin 1/3'ün de rezorbsiyonuna neden olan radyopak lezyon izlenmiştir (resim 2). Sol alt 1. molar diş yapılan vitalite testi sonucu dişin devital olduğu belirlenmiştir. Lezyonun klinik ve radyografik bulguları sonucu benign sementoblastoma ön tanısı konulmuştur. Lezyonun tam sınırlarıyla izlenmesi için konik ışıklı bilgisayarlı tomografi (KIBT) endikasyonu konuldu. KIBT görüntülerinde lezyonun 1. molar dişin kökleri apeksinde lokalize olduğu, mandibuler kanalla herhangi bir ilişkisinin olmadığı ve lezyonun yaklaşık 1.2 cm çapında olduğu belirlenmiştir (resim 3). Bunu takiben tedavi planı; kök rezorpsiyonlarının mevcudiyeti ve olası tanının sementoblastoma olması nedeniyle dişin çekimi uygun görülmüştür.



Resim 1. Hastanın panoramik radyografisinde sol alt çene 1. molar diş bölgesindeki lezyonun görüntüsü



Resim 2. Sol alt çene 1. molar diş bölgesinin tomografik görüntüsü



Resim 3. Lezyonun sınırları 1.2 cm çapında, amalgam dolgu altında sekonder çürük ve kök rezorpsiyonlarının KIBT görüntüsü

Yapılan lokal anestezi sonrası tam flep kaldırılıp dişin çekimi gerçekleştirilmiştir. Sementoblastoma ön tanısı düşünüldüğü için küretaj sırasında tek parça şeklinde enükle edilmesi beklenirken; kortikal kemikte skleroz bölgelemler olduğu fark edilmiştir. Mikro-motor yardımı ile sklerotik alan dikkatli bir şekilde temizlenmiş ve parçalar histopatolojik inceleme için formalin solüsyonuna konulmuştur.

Ameliyat bölgesi yıkandıktan sonra bölge primer olarak, 3-0 vikril ile sütüre edilmiştir (resim 4). Postoperatif olarak amoksisilin (1 gr tablet günde üç kez) ve naproksyn fort (225mg günde iki kez) verilmiştir.



Resim 4. Hastanın postoperatif intraoral görünümü

Çekilen dişin ve çekim kavitesi civarından alınan parçalar histopatolojik inceleme amaçlı patoloji laboratuvarına gönderilmiştir. Histopatolojik olarak yapılan incelemelerde kesitlerde lameller yapısı korunmuş kemik-sement benzeri doku parçaları ve diş köküne ait dentin dokusu izlenmiştir ve sonucunda kesin tanı kondenseng osteitis olarak belirlenmiştir.

Vakamızda; periapikal enfeksiyonun kemik appozisyonunu stimüle ettiği ve radyografik olarak sementoblastomaya benzeyen kondenseng osteitis'in geliştiği ortaya çıkarılmıştır. Yaklaşık 6 ay kontrol altında tutulan hastanın 2 hafta içinde tüm klinik semptomlarının ortadan kalktığı gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Benign sementoblastoma sementoblastlardan gelişen ve diş kökünde az miktarda sement veya sement benzeri hücreler içeren benign bir tümördür (5). Dünya Sağlık Örgütü tarafından sementin gerçek neoplazmi olarak sınıflandırılmıştır (6). Genellikle ikinci ve üçüncü dekatlarda izlenir. Beyaz ırkta daha sık oluşur. Yavaş büyür ve en çok mandibular premolar ve molar bölgede yerleşir. Etkilenen dişler çoğunlukla vitaldir. Fakat bazı literatürlerde sementoblastoma ile ilgili dişlerin devital olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda devital görülme oranı %4,5 olarak bildirilmiştir (4). Hastalığın ilk döneminde dişlerin vital görülme olasılığı yüksektir, ileri dönemde nekrotik pulpa sebebiyle devital cevap alınır (7). İlgili dişlerde eksternal kök rezorpsiyonları görülebilir.

Lezyon köke yapışık olup, kortikal kemik ekspansiyonu yapma eğilimindedir. Sementoblastoma asemptomatik olabileceği gibi, uzun ve sürekli ağrı ile birlikte bulunabilir. Bazı yazarlar bu ağrının, tümörün inferior alveoler sinire bası yapması sonucu olabileceğini belirtmişlerdir. Zaman zaman künt bir ağrıya ve belirgin bir şişliğe neden olur (4,5,8). Sementoblastomanın bütün odon-tojenik tümörler içerisinde görülme oranı %0.8 - %15 olarak bulunmuştur (9,10,11). Radyografik olarak, kortikal kemikle iyi sınırlı radyopak ve kortikal sınırın içinde radyo-lüsent bir bant mevcuttur. İnternal yapının büyük kısmı radyopak olan karışık radyolüsent ve radyopak lezyonlardır. Amorf ve araba tekerleği görüntüsündedir. Sement kitlesinin densitesi zarf gibi kökün dış hattını sarar. Eğer kökün dış hattı belirgin olursa çeşitli miktarlarda eksternal rezorbsiyon görülür. Eğer tümör yeterince büyük olursa ekspansiyon izlenir. Benign sementoblastomada eksternal kök rezorpsiyonu görülebilir. Lezyon kök ile yapışık olup lezyon ile kök arasında periodontal aralık izlenmez (5,12). Sementoblastomanın sınırsız büyüme potansiyeline sahip bir neoplazm olmasından dolayı önerilen tedavi etkilenen diş veya dişlerin çekilmesi ile tümör kitlesinin tam enüklasyonunu takiben kapsamlı küretaj veya periferik osteotomidir.

Kondensing osteitis dental enfeksiyon sonucu kök ucu çevresinde, proliferatif kemik reaksiyonu ile karakterizedir. Kondensing osteitis olarak da adlandırılan bu lezyon süpürasyon olmaması, diffüz ve skleroze bir kemik reaksiyonunun bulunması, genelde şiddetli bir ağrı mevcudiyeti ile beraber devital dişlerde ve en sık 25-50 yaşlarında görülmesiyle karakterizedir (13). Radyografik olarak lezyon farklı şekillerde karşımıza çıkabilir. Lezyon uniform bir şekilde opak olabilir. Merkezi opak periferi radyolüsent bir görünümde olabilir. Lobüler veya karmaşık opak kitlelerden var olabilirler. Mikroskobik olarak bu lezyonlar yoğun sklerotik kemik kitleleridir. İnflamatuar hücrelerden dolayı bağ dokusu azdır.

Ayırıcı tanı kondensing osteitis, periapikal semental displazi, osteoma, odontoma, osteoblastoma, fokal skleroze osteitis ve hipersementoz gibi diğer radyopak lezyonlarla yapılır (5,12,14). Periapikal semental displazinin soliter lezyonu ile karışır. Bazı vakalarda ayırıcı tanı zordur. Genellikle, benign sementoblastoma etrafındaki radyolüsent bant daha iyi izlenir ve semental displaziden daha uniform-

dur. 1. molar bölgesindeki sementoblastoma, semental displaziden daha yuvarlak şekillidir. Fokal skleroze osteit, enostoz ve hipersementozdan da ayırt edilmelidir. Periapikal skleroze osteitis ve enostozda yumuşak doku kapsülü yoktur. Hipersementozda ise periodontal membran aralığı ile çevrilidir, benign sementoblastomadaki yumuşak doku kapsülünden daha incedir. Hipersementozda kök rezorbsiyonu ve ekspansiyon görülmez. Hipersementozda lezyonun rekürrens oranı genellikle yüksek değildir (5). Korteksin erozyon veya perforasyonu ve kortikal ekspansiyon rekürrens oranını yükseltir (4). Teşhis, anamnez ve radyografik özelliklere bağlı olarak gerçekleştirilir. Bilinen bir stimulusa fizyolojik bir kemik reaksiyonu sergilediğine inanıldığından dolayı lezyonun çıkarılmasına gerek yoktur. Biyopsi diğer daha ciddi ve önemli lezyonlardan ayırt edilmesi için tavsiye edilebilir ve yapılabilir. Kondensing osteitis stimule eden inflamme pulpa tedavi edilmelidir. Dişin restore edilip edilmeyeceği yani çekilecek mi, endodontik olarak tedavi edilecek mi kararı vakadaki bireysel bulgulara bağlıdır.

Kondensing osteitisin tedavisinde birçok yöntem kullanılmıştır. Konservatif tedavilere cevap vermeyen vakalarda ilk tercih edilecek yöntem dekortikasyon işlemidir (15). Dekortikasyonun da başarısız olduğu vakalarda rezeksiyon tavsiye edilmektedir.

Hasta 25 yaşında olup spontan ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurmuştur. Palpasyon ve perküsyon bulgularının pozitif olması, lezyonun mandibula 1. molar bölgede yer alması, köklerin apekslerinde de radyopasite varlığı ve köklerdeki rezorbsiyon benign sementoblastoma ön teşhisini koydurmuştur. Buna rağmen diş yapılan elektrikli pulpa testi sonucunda dişin devital olduğu belirlenmiştir. Benign sementoblastomalarda ilk dönemlerde dişlerin genellikle vital olduğu belirtilmektedir. Ama nadirde olsa (%4,5 gibi) devital olabileceği ifade edilmektedir. Bunlar göz önüne alındığında bu vakada sementoblastoma düşünülmüştür. İlgili dişin çekimini takiben oldukça yoğun olan kortikal kemik kıvamındaki kapsülsüz lezyon kesin tanı amaçlı histopatolojik tetkik için gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucunda lezyona kondensing osteitis tanısı koyulmuştur.

Klinik ve radyolojik olarak sementoblastomaya çok benzeyen vakamızda lezyonun dental enfeksiyon sonucu ortaya çıkmış olan kondensing osteitis olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak böyle vakalarda tedavi planlamasına karar verirken hekimin öncelikle kemik biyopsisi alarak eğer sementoblastoma ise dişin çekilmesini, eğer kondensing osteitis ise ve kökünde rezorbsiyonda yok ise endodontik tedavi yapılması uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Dewey KW. Osteoma of a molar. Dent Cosmos 1997; 69: 1143-9.
2. Sumer M, Gunduz K, Sumer AP, Gunhan O. Benign cementoblastoma: A case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11: 483-5.
3. Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y, Nagasaka H, Kawamura H, Ooya K. Benign cementoblastoma involving multiple maxillary teeth: Report of a case with a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 97: 53-8.
4. Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WM, Corio RL. Cementoblastoma: An innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93: 311-20.
5. Regezzi JA, Sciubba J. Oral Pathology: Clinical- Pathologic Correlations. 2nd ed. Philadelphia: WB SaundersCo; 1993.
6. Kramer JR, Pindborg JJ, Shear M. International histological classification of tumors. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. Kumar S, Prabhakar V, Angra R. Infected cementoblastoma. Natl J Maxillofac Surg 2011; 2:200-3.
8. Rezvani G, Nazhvani AD. Cementoblastoma: report of a case with a long period of pain. J Oral Pathol Med 2006;35:414-58
9. Tamme T, Soots M, Kulla A, Karu K, Hanstein SM, Sokk A, Joeste E, Leibur E. Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. J Craniomaxillofac Surg 2004; 32: 161-5.
10. Santos JN, Pinto LP, de Figueredo CR, de Souza LB. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. Pesqui Odontol Bras 2001; 15: 308-13.
11. Günhan O, Erseven G, Ruacan S, Celasun B, Aydintug Y, Ergun E, Demiriz M. Odontogenic Tumours. A series of 409 cases. Aust Dent J 1990; 35: 518-22.
12. White SC, Pharaoh MJ. Oral Radiology. Principles and Interpretation. 5th ed. Mosby: St. Louis; 2004.
13. Carmony B, Bobbitt TD, Rafetto L, Cooper EP. Recurrent mandibular pain and swelling in a 37 year old man. J Oral and Maxillofacial Surg 2000; 58: 1029-33.
14. Grzesik WJ, Narayanan AS. Cementum and periodontal wound healing and regeneration. Crit Rev Oral Biol Med. 2002; 13: 474-84.
15. Montonen M, Iizuka T, Hallikainen D, Lindqvist C. Decortication in the treatment of diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1999; 75: 5-11.

Yazışma Adresi:

Dt. Beste İNCEOĞLU
Ankara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.B.D.
06500 Beşevler / ANKARA
Tel: 05327641080
e-posta: tuncerbeste@yahoo.com