

FLORİD SEMENTO-OSSEÖZ DİSPLAZİ: OLGU RAPORU#

FLORID CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA: A CASE REPORT

Doç.Dr.Mehtap MUĞLALI*

Yrd.Doç.Dr.Kaan GÜNDÜZ**

Ar.Gör.Dt.Emrah GÖNÜLOL*

Prof.Dr. Ömer GÜNHAN***

Makale Kodu/Article code: 245
Makale Gönderilme tarihi: 17.12.2009
Kabul Tarihi: 12.05.2010

ÖZET

Florid semento-osseöz displazi çenelerde nadir görülen bir lezyondur. Florid semento-osseöz displazi çok odaklı displastik bir lezyon olup kemik ve sement benzeri doku içeren hücresel fibröz bağ dokusundan meydana gelmektedir. Özellikle orta yaşlı kadınlarda görülmektedir ve sıklıkla mandibular ve maksiller posterior bölgeler etkilenmektedir. Bu raporda 63 yaşında bir kadın hastada florid semento-osseöz displazi olgusu sunulmuştur. Tanıya radyografik ve histolojik bulgular temel alınarak varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Florid semento-osseöz displazi, Gigantiform sementoma, Skleroze osteomyelitis.

ABSTRACT

Florid cemento-osseous dysplasia is a very rare lesion presenting in the jaws. Florid cemento-osseous dysplasia is a multifocal dysplastic lesion and consist of cellular fibrous connective tissue with bone and cementum-like tissue. Most commonly seen in middle-aged women and posterior mandibular and maxillar regions are affected frequently. In this report a case of a 63 years old woman who was diagnosed with florid cemento-osseous dysplasia is presented. Radiological and histological findings were the basis of diagnosis.

Key Words: Florid cemento-osseous dysplasia, Gigantiform cementoma, Sclerose osteomyelitis

Giriş:

Florid Semento-Osseöz Displazi (FSOD) çenelerde nadir görülen benign fibro-osseöz bir lezyondur¹. Multiple semento-ossifying fibroma, skleroze osteitis, skleroze osteomyelitis, multiple enostozis, multiple osteoma, periapikal sementoblastoma, mandibulanın Paget hastalığı, gigantiform sementoma ve kronik skleroze osteomyelitis gibi farklı teşhisler altında değerlendirilen bu lezyonlara FSOD terimini, ilk olarak 1976 yılında Melrose ve ark.² tanımlamıştır³.

FSOD genellikle Kafkasyalı veya Asyalı olan orta yaşlı siyah kadınlarda en sık görülmektedir⁴. Lezyonlar bilateral ve simetrik yerleşirler. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte periodontal ligamentin reaktif veya displastik değişiminden kaynaklanabileceği düşünülmektedir⁵.

Çoğunlukla alt ve üst çenede premolar-molar bölgesinde görülmekle birlikte en nadir görüldüğü bölge üst çene ön bölge olduğu bildirilmiştir⁶. Lezyonlar sıklıkla asemptomatiktir ve dişli veya dişsiz çenelerde olabilir⁷. Semptom veren vakalarda künt bir ağrı veya skleroze kalsifiye kemik açıklığı ile ilişkili bir drenaj görülür³.

Lezyonlar çok sayıda odakta kemiğin fibröz konnektif doku ile yer değişimini takiben bu bölgelerde sement ya da kemik veya her ikisinin de anormal birikimi ile karakterizedir⁸. Radyografide lezyonun gelişim evresi ile bağlantılı olarak, tamamen radyolüsent bir görünüm olabildiği gibi karışık (radyolüsent-radyoopak) güve yeniği tarzında veya etrafı ince bir radyolüsent alan ile çevrili tamamen radyoopak görüntüler de gözlenebilir⁹.

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

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Samsun.

***Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara.

Bu olgu raporu 16. Uluslararası Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği Kongresi, 3-8 Kasım 2009'da Ürgüp-Neveşehir'de poster olarak sunulmuştur.



Panoramik radyografiler genellikle ön tanı için yeterli olsa da bilgisayarlı tomografi ve üç boyutlu görüntüleme teknikleri lezyonların teşhisinde ve tedavisinde yararlı olabilmektedir^{10,3}. Bununla birlikte fibroosseöz lezyonların sınıflandırılmasının yapılmasında klinik, radyolojik ve histolojik bulguların temel alınması önerilmektedir¹¹. Bu nedenle histopatolojik incelemenin kesin tanıya varmadaki önemi belirtilmiştir^{12,13}. Bu raporda travmaya bağlı sekonder infeksiyon ile birlikte görülen matürasyonunu tamamlamış FSOD olgusu sunulmuştur.

OLGU RAPORU

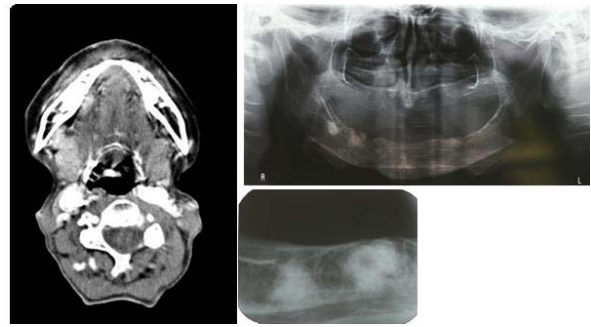
Kliniğimize 63 yaşındaki kadın hasta sağ alt çenede ağız içinde premolar-molar bölgesinde ağrı ve şişlik nedeni ile başvurmuştur. Hastanın alınan hikayesinde yaklaşık 1 aydır kullandığı yeni proteziyle şikayetin başladığını bildirmiştir. Hastada yapılan klinik muayenede ekstraoral olarak bir bulgu gözlenmezken intraoral olarak şikayeti olan bölgede kemik ekspansiyonu, üzerindeki mukozada kırmızı renkli iltihabi görünüm ve palpasyonda ağrı saptanmıştır (Resim1).

İntraoral radyografik değerlendirmelerde, sağ alt çenede 2 adet, sol alt çenede 1 adet radyopak görüntü veren lezyon tespit edilmiştir. Bilgisayarlı tomografi ile yapılan incelemede en büyüğü 1 cm olan fokal hiperdens sklerotik lezyonlar dikkati çekmiştir (Resim2). Sol alt çenede bulunan lezyon semptomsuz olduğundan bölgenin takibine karar verilmiştir. Semptom veren sağ alt çenede bulunan lezyonlardan kesin tanı için biyopsi alınması planlanmıştır. Hastadan alınan sistemik anamnezde bir süre önce tiroidektomi geçirdiği ve düzenli olarak ilaçlarını kullandığı öğrenilmiştir. Biyopsi öncesi bölgedeki iltihabi görünümün elimine edilmesi için bir haftalık antibiyotik tedavisi klindamisin (Klindan® 150mg kapsül, Bilim İlaç A.Ş., İstanbul, Türkiye) uygulanmıştır. Lokal anestezi altında bölgeden biyopsi alınmıştır. Operasyon sırasında skleroze ekspansif kemik, çevre kemik dokuda birkaç odakta fibrotik doku ve sarımsı iltihabi görünüm dikkati çekmiştir (Resim 3).

Histopatolojik değerlendirme fibroblastik hücrelerden oluşan stroma içinde, düzensiz lamellasyon gösteren, periferinde osteoblastik aktivite izlenen disorganize kemik trabekülleri görülmüştür (Resim 4). Klinik ve radyografik bulgularla beraber değerlendirildiğinde kesin tanı benign bir fibroosseöz lezyon olan FSOD olarak tespit edilmiştir.



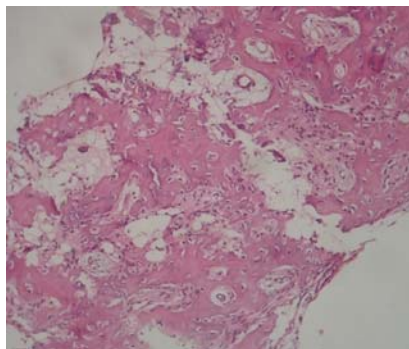
Resim1. İntra-oral görünüm



Resim 2. Lezyonun panoramik, periapikal ve bilgisayarlı tomografi görüntüleri



Resim 3. Biyopsi esnasında ağız içi görünüm



Resim 4. Histopatolojik görünüm. HEX100

TARTIŞMA

FSOD herhangi bir kemik hastalığı olmadan, sadece çenelerde, multi fokal dağılım gösteren kitleler halinde dens kemik ve sement kitlelerinin görülmesidir⁷. Klinik olarak asemptomatik olan bu lezyonlar genellikle radyolojik değerlendirmede rastlantı eseri görülürler¹⁴. Asemptomatik olan lezyonlar tedavi gerektirmemesine karşın, enfeksiyon geliştiğinde tedavi edilmelidir¹⁵. Genellikle semptomlar mukoza altında şişlik oluşturan kitlenin açığa çıkması veya travmaya maruz kalmasını takiben ülser olan mukozanın sekonder enfeksiyonu ile gelişmektedir¹⁶. Bu vakada da FSOD, protez kullanımına bağlı bölgenin ülser olması ve sekonder enfeksiyon oluşması sonucu tespit edilmiştir.

Lezyonun avasküler karakterde olması nedeni ile ciddi enfeksiyonlara ve osteomyelit gelişimine duyarlılığı fazladır. Bu gibi olgularda cerrahi tedavi yaklaşımı gerekli olmaktadır¹⁰. Bencharit ve ark.¹⁰ sekonder enfeksiyonun eşlik ettiği bir agresif FSOD olgusunu cerrahi ve prostodontik olarak tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Semptom bulunan hastaların tedavisi yoğun mineralize dokuda gelişen kronik enflamasyon nedeni ile oldukça zordur. Antibiyotik tedavisine başlandığı zaman zayıf doku difüzyonu gösterirler ve genellikle etkili değildirlir³. Herhangi bir semptom bulunmayan lezyonlarda Waldron ve ark.¹⁶ hastaların takibini önermektedir. Beylouni ve ark.³ herhangi bir klinik semptomu olmayan olgularda her 2 ya da 3 yılda bir panoramik radyograflar yardımıyla hasta takibinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Olgumuzda sekonder enfeksiyon ve ağrı semptomları olduğundan antibiyotik tedavisi uygulanmış ve teşhisin histopatolojik olarak kesinleştirilmesi için biyopsi alınmıştır.

FSOD lezyonları Paget hastalığı, Gardner sendromu ve kronik diffüz osteomyelit lezyonlarından ayırt edilmelidir. FSOD'ta Gardner sendromundan farklı olarak iskeletsel değişiklikler, deri tümörleri ve dental anomaliler görülmez. Paget hastalığı birçok kemiği tutması ve artmış alkalin fosfataz seviyesi ile FSOD'tan farklılık gösterir. Kronik diffüz osteomyelit ise mandibulanın tek taraflı, ağrı ve şişlikle birlikte görülen primer enflamatuvar bir durumdur. Mandibulanın etkilenen bölgesi sınırları çok belirgin olmayan yaygın bir opasite sergilemektedir^{17,18}.

Radyografik olarak bu lezyonlar başlangıçta radyolüsent görüntü verdiği için teşhisinde zorluklarla karşılaşabilmektedir¹³. Radyoopak görüntü verdiği matür aşamada ise teşhis edilmesi daha kolay olabilmektedir. Lezyonun radyoopak görüntü verdiği matür aşamasında proteze bağlı travma ve osteomyelitis gelişme riski daha yüksektir^{10,15}. Bizim vakamızda da radyoopak görüntü veren matür aşamadaki FSOD literatürü desteklemektedir.

Klinik ve radyolojik bulgular her zaman bu tür lezyonların teşhisinde yeterli olmamaktadır. Özellikle gelişim aşamalarında farklı görünüm veren semento-osseöz displaziler birçok lezyona benzerlik göstermektedir. Olgumuzda klinik ve radyolojik olarak varılan ön tanı, lezyonun semptom vermesinden dolayı bizde şüphe uyandırmış ve histopatolojik değerlendirme ile kesin tanıya ulaşılmıştır. Histopatolojik inceleme bu tür lezyonlarda önemli bir unsurdur. Hastanın semptomları gerilemiştir ve düzenli aralıklarla kontrol edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cannon JS, Keller EI, Dahlin DC. Gigantiform cementoma: report of two cases (mother and son). J Oral Surg 1980; 38(1): 65-70.
2. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia: a clinical-pathological study of thirty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 41(1): 62-82.
3. Beylouni I, Farge P, Mazoyer JF, Coudert JL. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with computed tomography and 3D imaging. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85(6): 707-711.
4. Miyake M, Nagahata S. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 1999; 28(1): 56-57.
5. Goaz PW, White SC, Blaschke DD. Disease of bone manifested in the jaws. In: Goaz PW, White SC., Oral Radiology Principles and Interpretation. 3 rd. ed., St. Louis; Mosby: 1994. p. 494-536.
6. MacDonald-Jankowski DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. Dentomaxillofac Radiol 2003; 32(3): 141-149.
7. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. 1. Baskı., Ankara; Atlas Kitapçılık: 2001. s. 159.



8. Wakasa T, Kawai N, Aiga H, Kishi K. Management of florid cemento-osseous dysplasia of the mandible producing solitary bone cyst: Report of a case. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60(7): 832-835.
9. Yücetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. 1.Baskı., Ankara; Atlas Kitapçılık: 2005. s. 247.
10. Bencharit S, Scharadt-Sacco D, Zuniga JR, Minsley GE. Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia. A clinical report. J Prosthet Dent 2003; 90(3): 220-224.
11. Arijji Y, Arijji E, Higuchi Y, Kubo S, Nakayama E, Kanda S. Florid cemento-osseous dysplasia. Radiographic study with special emphasis on computed tomography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 78(3): 391-396.
12. Said-al-Naief NA, Surwillo E. Florid osseous dysplasia of the mandible: report of a case. Compend Contin Educ Dent 1999; 20(11): 1017-1030.
13. Rhodus NL, Kuba R. Hereditary hemorrhagic telangiectasia with florid osseous dysplasia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 75(1): 48-53.
14. El-Mofty S. Chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973; 36(6): 898-904.
15. Loh FC, Yeo JF. Florid osseous dysplasia in Orientals. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 68(6): 748-753.
16. Waldron CA, Giansanti JS, Browand BC. Sclerotic cementalmasses of the jaws (so called chronic diffuse sclerosing osteo-myelitis, sclerosing osteitis, multiple enostosis and gigantiformcementoma). Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975; 39(4): 590-604.
17. Mangala M, Ramesh DN, Surekha PS, Santosh P. Florid cemento-osseous dysplasia: Review and report of two cases. Indian J Dent Res 2006; 17(3): 131-134.
18. Schneider LC, Mesa ML. Differences between florid osseous dysplasia and chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 70(3): 308-312.

Yazışma Adresi

Ar. Gör. Dt. Emrah GÖNÜLOL
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A D
Samsun
Tel: 0 362 312 19 19 - 3480
Faks: 0 362 457 60 32
E-mail: dtemrahgonulol@yahoo.com

