

## MANDİBULANIN KRONİK DİFFÜZ SKLEROZE OSTEOMYELITİ (Bir Olgu Raporu)

Yrd.Doç.Dr.Metin GÜNGÖRMÜŞ\*

Arş.Gör.Dt.M. Selim YAVUZ\*

Dr.Nesrin GÜRSAN\*\*

### CHRONIC DIFFUSE SCLEROSING OSTEOMYELITIS OF THE MANDIBLE (A Case Report)

#### SUMMARY

#### ÖZET

Kronik diffüz skleroze osteomyelit (KDSO) yanakta şişlik, trismus ve inatçı tekrarlayan ağrıyla karakterize, sebebi tam olarak bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır. Birçok tedavi yöntemi denenmesine rağmen tam iyileşmeye nadiren rastlanır. Etki mekanizmaları tam olarak bilinmemesine rağmen antibiyotikler konservatif tedavide ilk seçenektir. Bu vaka raporunda, 6 aylık ağrı ve mandibulada şişlik şikayetiyle başvuran 18 yaşındaki bayan hastamızın tedavisi ve tedavi sonuçları değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik osteomyelit, dekortikasyon, antibiyotik.

Chronic diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible is an uncommon disease that is characterized by a protracted course of recurrent pain, swelling of the cheek, and trismus. However its cause has not been clarified, and permanent cure is rarely obtained in spite of the availability of several therapeutic procedures. Antibiotics have often been used as a conservative treatment, but without obvious effect. In this case, the treatment results and treatment of a 18-year-old woman with a 6 month history of pain and swelling in the mandible were evaluated.

**Key Words:** Chronic osteomyelitis, decortication, antibiotics.

#### GİRİŞ

Kronik diffüz skleroze osteomyelit (KDSO), patogenezi ve etyolojisi tam olarak bilinmeyen, nadir görülen bir kemik hastalığıdır.<sup>1-5</sup> KDSO daha çok yaşlılarda ve özellikle kadınlarda görülür. Bu lezyonlar genellikle mandibulada lokalizedir. Hastada fistülsüz, nonsupuratif şişlik nedeniyle yüzde asimetri mevcuttur. Ancak akut alevlenme dönemlerinde ağrı, hafif supurasyon ve fistül formasyonu olabilir.<sup>6,7</sup> Hastaların yarısında ateş ve sedimentasyon artışı görülür.<sup>6</sup> Bazen akyuvar ve C-reaktif proteini artabilir.<sup>5</sup> KDSO tedavisinde antibiyotikler sıklıkla kullanılmasına rağmen, etkileri tam olarak anlaşılamamıştır. Steroid ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların da semptomları azaltmada veya gidermede geçici bir etkinliğe sahip oldukları bildirilmiştir.<sup>1</sup> Konservatif tedavide hiperbarik oksijen kullanılmıştır. Ayrıca dekortikasyon ve parsiyel rezeksiyon gibi cerrahi yöntemler de uygulanmıştır.<sup>1</sup>

#### OLGU SUNUMU

2000 yılı Eylül ayında 18 yaşında bir bayan hasta, kliniğimize sağ ramus mandibula bölgesinde yaklaşık 5 aydır devam eden şişlik ve hafif bir ağrı nedeni ile başvurdu. Hastadan alınan anamnez sonucu, yaklaşık 6 ay önce sağ mandibular birinci molar dişini çektiği öğrenildi. Diş çekiminde bir problem yaşamadığını ifade eden hasta, çekimden kısa bir süre sonra sağ ramus mandibula bölgesinde hafif fakat sürekli bir ağrı ve şişlik meydana geldiğini ifade etti. Bu sebeple hasta uzun bir süre ilaç tedavisi gördüğünü ancak şikayetlerinde herhangi bir düzelme olmadığını ve bu yüzden kliniğimize baş vurduğunu ifade etti.

Hastanın extraoral muayenesinde, sağ ramus mandibula özellikle angulus mandibula bölgesinde şişlik nedeniyle belirgin bir asimetri mevcuttu (Resim 1).

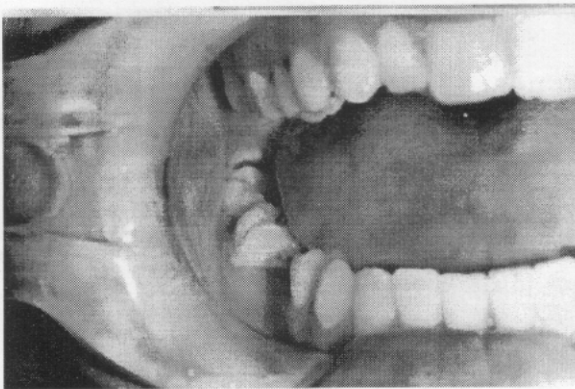
\*Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Ağız Dış Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D.

\*\* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D.



Resim 1: Hastanın cephe görüntüsü

İntraoral muayenesinde, çekim bölgesinin tamamen iyileşmiş olduğu ancak sağ ramus mandibulanın ön kenarının sol tarafa nazaran daha kalın bir görünüme sahip olduğu görüldü. Ayrıca palpasyonda sağ ramus, özellikle de angulus mandibula hizasında ve mandibulanın dış yüzünde düzensiz fibröz çıkıntılar palpe edildi (Resim 2). Hastada trismus yoktu ve palpasyonda lenfadenopati olmadığı saptandı.

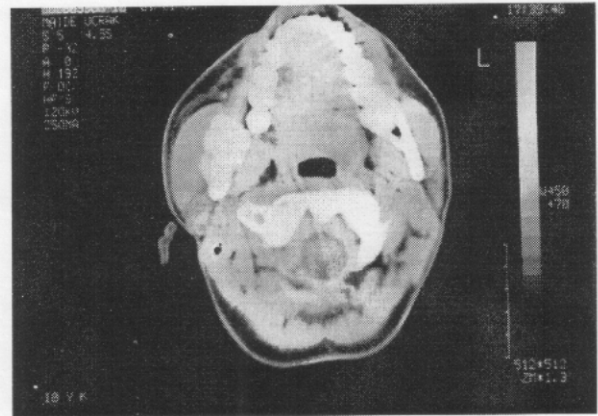


Resim 2: Lezyonun bulunduğu kısmın ağız içi görüntüsü

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde alkalin fosfataz ve sedimentasyonun yükselmiş, serum kalsiyum seviyesinin ise düşmüş olduğu gözlemlendi. Mikrobiyolojik tetkikler ise negatif olarak gelmiştir.

Patolojik oluşumun tetkiki için Bilgisayarlı Tomografi (BT) istendi. BT kesitlerinde sağ ramus mandibulanın alt kenarından başlayan ve incisura mandibula seviyesine kadar uzanan ekstra-kortikal kemik yapımı ve masseter kas hipertrofisi olduğu gözlemlendi (Resim 3 ve 4). Osteomyelit ön tanısı ile retromolar bölgeden flep kaldırılarak, ramus ve angulus mandibula yüzeyindeki fibröz veya kemiksi patolojik dokular çıkarıldı. Yapılan patolojik tetkikler sonucu kronik osteomyelit teşhisi konulan lezyonda histopatolojik olarak yeni kemik formasyonu, kemik nekrozu ve az sayıda lenfosit içeren doku ile birlikte yoğun kompakt kemiğin olduğu gözlemlendi (Resim 5).

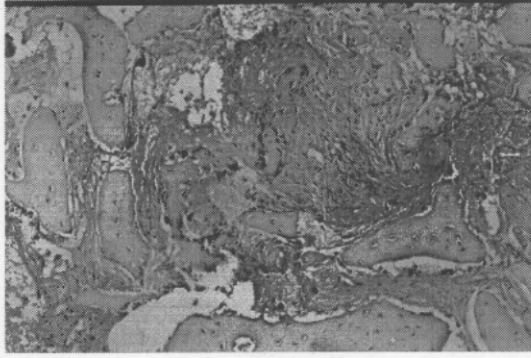
Postoperatif olarak tam bir remisyona sağlanıncaya kadar (3 ay) amoksisilin (500 mg. tablet günde 3 kez), flukloksasilin (500 mg. tablet günde 3 kez) kombinasyonunu ve naproksen sodyum verildi. Yaklaşık 1.5 yıl kontrol altında tutulan hastanın 6 ay içinde bütün klinik semptomlarının ortadan kalktığı gözlemlenmiştir (Resim 6).



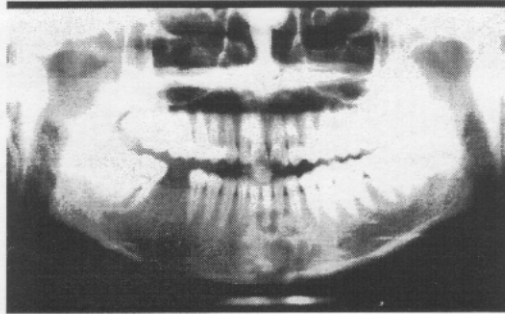
Resim 3: Vakanın horizontal kesitte BT görüntüsü



Resim 4: Yakın planda lezyonun BT görüntüsü



Resim 5: Lezyonun histopatolojik görüntüsü (H.E. x200)



Resim 6: Hastanın postoperatif ortopantomografik görünümü.

## TARTIŞMA

Osteomyelitin kronik skleroze formları, kronik diffüz skleroze osteomyelit (KDSO) ve daha yaygın olarak görülen kronik fokal skleroze

osteomyelitis olarak ikiye ayrılır. Kronik skleroze osteomyelitin fokal tipi, condensing osteomyelitis olarak da adlandırılır ve dental enfeksiyon sonucu kök ucu çevresinde, proliferatif kemik reaksiyonu ile karakterizedir. KDSO supurasyon olmaması, diffüz ve skleroze bir kemik reaksiyonunun bulunması, genelde şiddetli bir ağrı mevcudiyeti ve en sık 25-50 yaşları arasında görülmesiyle karakterizedir.<sup>8</sup>

KDSO, literatürde özellikleri iyi tanımlanmış ancak etyolojisi hakkında farklı görüşlerin bulunduğu ve tedavisinde de birçok farklı yöntemin tek başına veya birlikte uygulandığı problemleri bir hastalıktır. KDSO'in etyolojisi çok net olmamakla birlikte zayıf etkili bir enfeksiyona, kemiğin proliferatif cevabı sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Shafer<sup>6</sup> tarafından ortaya atılan bu görüş birçok yazar tarafından da desteklenmiştir.<sup>7-9</sup> Groot ve arkadaşları<sup>3</sup> mandibulanın KDSO'inin, aslında masseter kasının aşırı kullanımını ile oluşan kronik tendoperiostiti sonucu meydana gelen kemiğin reaktif bir hiperplazisi olduğunu ifade etmişlerdir. Sunulan bu vakada masseter kasının özellikle bağlantı kısmında olmak üzere reaktif bir kemik hiperplazisinin olduğu ve bu durumun belirgin bir yüz asimetrisine neden olduğu gözlenmiştir.

KDSO'in tedavisinde birçok yöntem kullanılmıştır. Konservatif tedavilere cevap veremeyen KDSO vakalarında ilk tercih edilecek yöntem dekortikasyon işlemidir.<sup>2</sup> Dekortikasyonun da başarısız olduğu vakalarda, lezyonlu bölgenin rezeksiyonu tavsiye edilmiştir. Ancak bazı vakalarda sadece tekrarlayan dekortikasyonlar sonucu da ilerleme kaydedildiği bildirilmiştir. Montonen ve arkadaşları<sup>2</sup> dekortikasyon başarısız olursa, daha geniş sahayı kaplayacak şekilde tekrarlayan dekortikasyon uygulaması ve nonvital dişlerin çekilmesinin, mandibula rezeksiyonuna tercih edilebileceğini bildirmişlerdir. KDSO'nun tedavisinde, daha radikal yöntem olarak çenenin lezyonlu kısmının parsiyel rezeksiyonu da denemiştir. Sui ve arkadaşları<sup>1</sup>'nin KDSO'i olan 4 bayan hasta üzerinde yaptıkları parsiyel rezeksiyon sonucunda, dört hastada da semptomların 1 yıl içinde nüks ettiği ve rezeksiyon işleminin dekortikasyon işlemine göre daha başarısız olduğunu bildirmişlerdir. Van Merkesteyn ve arkadaş-

ları,<sup>9</sup> 11 KDSO'lu hasta üzerinde yaptıkları araştırmada en iyi tedavi sonucunu hiperbarik oksijen (HBO), antibiyotikler ve dekortikasyonun kombinasyonu ile elde ettiklerini açıklamışlardır. Bununla birlikte mandibulanın KDSO'de antibiyotikler sıklıkla kullanılmamasına rağmen etkileri tam olarak anlaşılamamıştır. Ayrıca steroid veya non-steroid tedavisinin semptomları hafifletmede etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>1</sup> KDSO'nun empirik tedavisinde en sık kullanılan antibiyotik penisilindir.<sup>8</sup> Kronik osteomyelit tedavisinde kültürler negatif olsa bile tedaviye penisilinle başlanılarak, bu tedaviye en az üç ay devam edilmesinin gerekli olduğu ve vakamızda olduğu gibi antibiyotik tedavisinde Amoksisilin ve Flukloksasilin kombinasyonunun tercih edilebileceği belirtilmektedir.<sup>10</sup> Topazian<sup>11</sup> kronik osteomyelit tedavisinde 2-4 hafta süreyle 4 saatte bir Penisilin-V'nin dikloksasilin veya klindamisin'le kombine kullanımını tavsiye etmiştir. Marx ve arkadaşları<sup>4</sup> ise cerrahi müdahaleyi takiben 4 hafta süreyle B-laktamaz inhibitörleriyle IV penisilin kombinasyonunu tavsiye etmişlerdir. Vakamızda postoperatif olarak uzun süreli bir antibiyotik tedavisi uygulanmış ve hastadaki bütün semptomların tamamen elimine edildiği görülmüştür.

Montonen ve arkadaşları<sup>2</sup> çalışmalarında nüks vakalarının % 75'inin operasyondan sonraki 1 yıl içinde görüldüğünü bildirmişlerdir. Jacobsson ve Hollender<sup>12</sup> da iyileşmenin kriteri olarak dekortikasyon sonrası 6-12 aylık semptomsuz bir sürenin geçmesi gerektiğini savunmuşlardır. Bir yılı aşkın bir süre takibi ve kontrolü yapılan bu vakamızda belirgin bir düzelme olmuş ve nüks görülmemiştir.

Özetle, mandibulanın KDSO'nun tedavisi değişkendir ve tek bir yaklaşım başarılı olmayabilir. KDSO uzun süreli ve agresif tedavi gerektirebilir. Her bir vaka kendine has kabul edilmeli, tedavinin etkinliği ve hastanın durumuna göre, konservatif yöntemlerden, agresif yöntemlere doğru tedavi yöntemi seçilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Suei Y, Tanimoto K, Miyauchi M, Ishikawa T. Partial resection of the mandible for the treatment of diffuse sclerosing osteomyelitis: Report of four cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:410-414
2. 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* 1993; 75: 5-11
3. Groot RH, van Merkesteyn JPR, van Soest JJ, Bras J. Diffuse sclerosing osteomyelitis (chronic tendoperiostitis) of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 557-560
4. Marx RE, Carlson ER, Smith BR, Toraya N. Isolation of *Actinomyces* species and *Eikenella corrodens* from patients with chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52:26-33
5. Suei Y, Tanimoto K, Taguchi A, Yamada T, Yoshiga K, Ishikawa T et al. Possible identity of diffuse sclerosing osteomyelitis and chronic recurrent multifocal osteomyelitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 80:401-408
6. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A Textbook of Oral Pathology*. 4. ed. Philadelphia, PA: Saunders, 1983; 503-505
7. Goaz Paul W, White Stuart C. *Oral Radiology*. 2. ed. St. Louis, C.V. Mosby Com, 1987; 476-478
8. Carmony B, Bobbitt TD, Rafetto L, Cooper EP. Recurrent mandibular pain and swelling in a 37 year-old man. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1029-1033
9. Van Merkesteyn JPR, Bakker DJ, Van Der Waal J, Kusen GJ, Egedi P, Van Den Akker HP et al. Hyperbaric oxygen treatment of chronic osteomyelitis of the jaws. *Int J Oral Surg* 1984; 13: 386-395
10. Türker M ve Yücetaş Ş: *Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi*, Ankara, Atlas Kitapçılık, 1997, 282
11. Topazian RG. *Oral and Maxillofacial Infections*. Philadelphia, PA, Saunders, 1994; 258-260
12. Jacobsson S, Hollender L. Treatment and prognosis of diffuse sclerosing osteomyelitis (DSO) of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 70:414-419

#### Yazışma Adresi

**Dr. Metin GÜNGÖRMÜŞ**

Atatürk Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A D

25240-ERZURUM

Tlf:0.442.2313885

e-mail: gungormusm@yahoo.com