

ÇENEDE TESADÜFEN FARK EDİLEN RADYOOPAK LEZYONLAR: ÜÇ OLGU SUNUMU

Incidentally Detected Radiopaque Lesions in The Jaw: Report of Three Cases

Melda MISIRLIOĞLU¹  Aslı ATACAN ASLAN¹  Rabia ÇELİK¹ 

¹ Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., KIRIKKALE, TÜRKİYE

ÖZ

Çeşitli sistemik hastalıklarda, inflamatuvar durumlarda, kemik displazilerinde, heterotropik kalsifikasyonlarda, ossifikasyonlarda, kistlerde ve tümörlerde lezyonun ihtiva ettiği kalsifiye yapıya bağlı olarak radyoopasite görülebilmektedir. Bu makalede klinikte tesadüfen tespit edilen üç farklı tip radyoopak lezyonun klinik ve radyolojik bulguları sunulmuştur. Çenede tesadüfen fark edilen radyoopasitelerin anlaşılması için bilgisayarlı tomografi, konik ışınlı bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve ultrasonografi gibi ileri görüntülemeye gerek duyulabilir. Muayene sırasında çenede görülen radyoopak lezyonların özelliklerinin iyi bilinmesi ve radyografik olarak doğru yorumlanması, ayrıtı tanımlanması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesi açısından önemlidir. Lezyonların doğru değerlendirilmesi, tanının doğru konulmasını sağlayarak hastayı potansiyel yan etkilerden koruyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Konik ışınlı bilgisayarlı tomografi, ayrıtı tanı, kemik, diş dokusu tümörleri

ABSTRACT

Radiopacity can be seen in various systemic diseases, inflammatory conditions, bone dysplasias, heterotropic calcifications, ossifications, cysts and tumors depending on the calcified structure of the lesion. In this article, clinical and radiological findings of three different types of incidentally detected radiopaque lesions are presented. Advanced imaging techniques such as computed tomography, cone-beam computed tomography, magnetic resonance imaging, and ultrasonography may be required to understand radiopaque lesions detected incidentally in the jaw. It is important to have a good understanding of the characteristics of radiopaque lesions seen in the jaw during examination and to interpret them radiographically accurately for differential diagnosis and selection of appropriate treatment methods. Proper evaluation of the lesions will ensure accurate diagnosis, thereby protecting the patient from potential side effects. In conclusion, proper evaluation of radiopaque lesions in the jaw is important for the health of the patient. This requires the use of advanced imaging techniques and accurate radiographic interpretation for differential diagnosis and selection of appropriate treatment methods.

Keywords: Cone-beam computed tomography, differential diagnosis, bone, dental tissue neoplasms



Yazışma Adresi / Correspondence:

Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., KIRIKKALE, TÜRKİYE

Tel / Phone: +905543394630

Geliş Tarihi / Received: 04.04.2023

Dr. Aslı ATACAN ASLAN

Diş ve Çene Radyolojisi A.D., KIRIKKALE, TÜRKİYE

E-posta / E-mail: asli.atacan1@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 18.05.2023

GİRİŞ

Benign tümörler, metastaz yapmadan yavaş büyüyerek köken aldıkları dokuya benzer özellikler gösteren ve sınırsız büyüme potansiyeline sahip odontojenik veya non-odontojenik yapılardır (1). Benign fibroosseöz lezyonlar, normal kemik dokusu ile fibröz bağ dokusunun değişen miktarda kemik ve sement ile yer değiştirerek mineralizasyonu sonucu oluşan bir lezyon grubunu tanımlar. Bu tip lezyonların patogenezi tam olarak bilinmese de pek çok teori vardır. Alveol kemikteki lokal faktörlerden kaynaklanabileceği gibi, hormonal düzensizliğin de kemiğin yeniden şekillenmesinde bozukluğa neden olabileceği de düşünülmektedir (2). Odontojenik tümörler histolojik olarak, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında; periapikal, fokal, florid semento-osseöz displaziler (FSOD) ve osseöz displaziler başlıkları altında sınıflandırılmıştır (3). Kalsiyum fosfat ve diğer kalsiyum tuzlarının vücutta iskelet dışında yumuşak dokuda organize olmadan birikmesiyle heterotropik kalsifikasyonlar oluşur (1,4). Asemptomatik olup tesadüfen alınan radyograflarda saptanan radyoopak lezyonlarda yalnızca radyografi bulgularına dayanarak tanı konabilirken bazı durumlarda histolojik tanı gereklidir.

FSOD, birden fazla odakta, normal spongiöz kemikle; dens, aselüler ve amorf kemiğin, fibröz bağ dokusu ile yer değiştirmesinin ardından, bu bölgelerde kemik, sement ya da her ikisinin birlikte aşırı birikimi sonucu ortaya çıkar (5). Panoramik radyografide, çenenin birden fazla kadranını tutan lezyonun matürasyon evresi tamamen radyolüsent olabileceği gibi, radyolüsent ve radyoopak ya da çevresi radyolüsent bir çizgi ile çevrili, içerişi lobüler, radyoopak görüntüde de olabilir (6). Sementoblastoma, sıklıkla mandibüler I. molar dişi etkileyen, yavaş büyüyen, benign odontojenik mezenşimal tümördür. Yarıdan fazlası baş boyun bölgesinde görülen, genellikle vasküler malformasyona ya da benign vasküler tümöre eşlik eden, çoklu kalsifiye trombüsleri tanımlayan ve panoramik radyograflarla teşhis edilen bir diğer opasite, flebolitlerdir (4,7,8). Homojen bir radyoopasite gösterse de daha çok “boğa

gözü” ya da “hedef” benzeri görünümde ve tabakalı bir yapıdadır (1,9).

Bu olgu serisinde Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (KÜDHF) Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı’na başvuran ve bilgilendirilmiş onam formu alınan 3 hastada, panoramik radyografide tesadüfen tespit edilen üç farklı tip radyoopak lezyonun klinik ve radyolojik bulguları sunulmuştur.

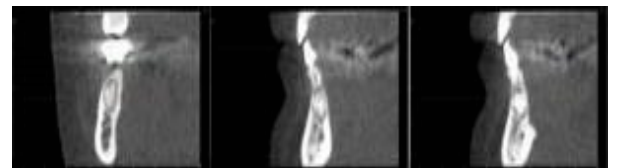
OLGU SUNUMU

Olgu 1

Kırk yaşında kadın hasta dişetlerinde kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. Klinik ve radyografik muayenede 48 ile 35 numaralı dişlerin çevresinde, ayrıca mandibula anteriorda kesici dişlerin apikaline yakın ve köklerden bağımsız; dens, aselüler amorf radyoopak lezyonlar tespit edildi. Dişlerin vital olduğu saptandı. Lezyonun yayılımı ve korteks harabiyeti olup olmadığını değerlendirmek amacı ile konik ışıklı bilgisayarlı tomografik inceleme yapıldı. Görüntülerin analiziyle florid semento-osseöz displazi ön tanısı koyuldu ve asemptomatik olması nedeniyle herhangi bir tedavi düşünülmeden 6-8 ay aralıklarla rutin takibe alındı (Şekil 1 ve Şekil 2).



Şekil 1: Florid osseöz displazinin panoramik radyografi görüntüsü



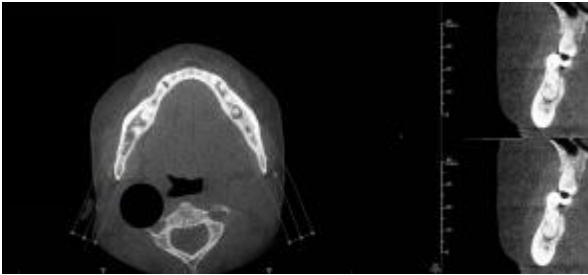
Şekil 2: Florid osseöz displazinin konik ışıklı bilgisayarlı tomografide sagittal düzlem kesitleri

Olgu 2

Kırk üç yaşındaki kadın hasta sol alt dişinde ağrı sebebiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde; psikiyatrik tedavi gördüğü, hipertroidi ve epilepsi hastalığı bulunduğu öğrenildi. Radyografide, 36 numaralı endodontik tedavi görmüş dişte kök ile ilişkili, karakteristik olarak tekerlek şeklinde, düzgün ve radyolüsent yumuşak doku kapsüllü radyoopak lezyon tespit edildi. Ekspansiyon veya kortikal tabakada perforasyon olup olmadığını incelemek ve gerekirse en uygun biyopsi alanını belirlemek için konik ışın demetli bilgisayarlı tomografi (KİBT) görüntülemesi yapıldı. Görüntüler değerlendirildikten sonra sementoblastoma ön tanısı ile KÜDHF Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümüne yönlendirilerek takip altına alındı (Şekil 3 ve Şekil 4).



Şekil 3: Sementoblastomanın panoramik radyografi görüntüsü



Şekil 4: Sementoblastomanın konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Olgu 3

Kliniğimize rutin kontrol amacıyla ve çiğneme sırasında çenesinin sağ tarafında ağrı şikayetiyle başvuran 32 yaşındaki kadın hastadan alınan anamnezde; sağ alt dudak ve yanakta mavi mor renkli, yumuşak kıvamlı, sınırları net belirlenemeyen, diffüz ve birden çok lezyonun doğumdan itibaren var olduğu ve büyüme göstermediği öğrenildi. Ekstraoral ve intraoral muayene

sonrası alınan panoramik radyografide; ağırlıklı olarak sağ mandibulada yuvarlak ve oval şekilli, düzgün sınırlı radyoopak görüntüde lezyonlar tespit edildi. Lezyonları daha detaylı incelemek amacıyla konik ışınli bilgisayarlı tomografiye başvuruldu, hedef şeklindeki lezyonların flebolit olduğuna karar verildi (Şekil 5 ve Şekil 6).



Şekil 5: Flebolitin panoramik radyografide ve tomografide görüntülenmesi



Şekil 6: Hemanjiyom hastasının intraoral ve ekstraoral fotoğrafları

TARTIŞMA

Benign fibro-osseöz lezyonlar, benzer histolojik özelliklere sahip klinik, radyolojik ve mikroskopik özellikleriyle teşhis edilen lezyon grubunu tanımlamaktadır (2,10). FSOD, mandibular ve maksiler posterior bölgelerde bilateral ve sıklıkla simetrik (10,11). Genellikle Afrika kökenli Amerikalı ve Asyalı orta yaşta kadınlarda tesadüfen fark edilen asemptomatik lezyonlardır (11-13). Bizim vakamız da, literatürle uyumlu olarak aynı yaş grubunda, benzer lokalizasyonda ve benzer karakteristik radyografik bulgulara sahipti.

Jankowski ve arkadaşlarının çalışmasında; FSOD vakalarının %97'sinin kadın ve ortalama yaşı 49 olduğu belirtilmiştir. Lezyon hepsinde mandibulada görülürken, 2/3'ünde hem mandibula hem de maksilla lezyonları saptanmıştır (13). Bizim vakamız asemptomatikti ve lezyonlar mandibulada lokalizeydi (1,11). Hastamızda dental anomaliler, deri tümörleri, hiperparatiroidi, renal tümörler gibi eşlik eden hastalıklar görülmediği ve lezyonların çene

kemiklerinde sınırlı kalması nedeniyle FSOD dışında bir ihtimali düşünmedik.

FSOD belirgin bir radyografik profile sahiptir, tanı için histolojik incelemeye gerek duyulmaz ve çoğu olgu tedavi gerektirmez (1,2,11-13). En yaygın komplikasyonu total ya da parsiyel protez kullanan hastalarda, alveoler prosteşte aşırı atrofi ve protez basıncıyla osteomiyelit gelişme riskidir (1,11,12).

Benign sementoblastoma, sıklıkla erkeklerde 12-65 yaş aralığında, tüm çene kemiklerinde %90 premolar ve 1. molar dişlerde, %78 mandibulada lokalizedir ve dişler vitaldir (1,14-16). Lezyon kortikal sınırın içinde belirgin radyolüsent bantla çevrili radyoopak veya radyoopak-radyolüsent mikst görünümündedir. Lezyonla ilişkili dişlerin köklerinde eksternal rezorpsiyon ya da periosteal reaksiyon oluşmadan dış kortikal tabakada perforasyon olabilir (1,16).

Chrcanovic ve ark. yaptıkları çalışmada; sementoblastomanın daha çok 2. ve 3. dekatta cinsiyetler arasında farklılık göstermeden, çoğunlukla premolar veya mandibular 1. molar dişlerde görüldüğünü, ayrıca olguların %60'ında kök rezorpsiyonu olduğunu bildirmişlerdir (14).

Brannon ve ark. sementoblastomada kök rezorpsiyonunun %100 oranında görüldüğünü histolojik çalışmalar ile göstermişlerdir (17). Bizim ikinci vakamızda, 43 yaşındaki kadın hastaya sementoblastoma teşhisi koyuldu ve Brannon ve ark. ile uyumlu olarak 36 numaralı dişte rezorpsiyon saptandı.

Benign sementoblastomaların ayırıcı tanısı, periapikal osseöz displazinin soliter lezyonu, periapikal sklerozan osteit ve hipersementoz ile yapılır. Benign sementoblastomanın etrafındaki bant, periapikal osseöz displaziye göre daha belirgindir. Periapikal osseöz displazinin yumuşak doku kapsülü olmadığı için sementoblastomlardan ayrılabilir. Hipersementoz ince bir periodontal membran aralığı ile çevrilidir, kök rezorpsiyonuna ve/veya çenede ekspansiyona sebep olmaz.

Bizim vakamızda benzer şekilde kemikte ekspansiyon yapmayan, belirgin sınırlı radyoopak lezyon tespit edildi ve hasta takip altına alındı.

Yavaşlayan kan akımı, vasküler trombüse ve içinde kalsiyum karbonat/sülfat birikerek flebolitin oluşumuna neden olur (1,18,19). Flebolitlerin ayırıcı tanısı siyalolitler ile yapılır (4,18,19). Olgumuzda flebolitlerin sayısı, şekli, duktal sistemin dışında olması, hemanjiyoma ile birlikte görülmesi tanıyı kolaylaştırmıştır ve literatürle uyumlu olarak flebolit ve hemanjiyom birlikte tespit edilmiştir (8,18,19).

Diş hekimliği pratiğinde muayene sırasında fark edilen radyoopak lezyonların özelliklerinin iyi bilinmesi; tümör ön tanısı koyulduktan sonra, lezyonun büyüklüğünü ve özelliklerini belgelemek için eksiksiz bir radyolojik inceleme yapılması ve doğru yorumlanması, hastalara hatalı işlemler yapılması riskini engelleyecektir.

Çatışma Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı: Ana fikir: MM, AAA; Analiz: MM, AAA; Veri sağlama: MM, AAA, RÇ Yazım: MM, AAA; Düzeltme: MM, AAA, RÇ; Onay: MM

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmaya ilişkin hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Etik Kurul Onamı: Bir olgu sunumudur ancak etik kurul onayı yoktur. Hastalardan bilgilendirilmiş onay formu alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. White SC, Pharoah MJ. Kısım 3 Yorumlama. In: Akkaya N, Yandimata ZÇ, eds. Oral Radyoloji - İlkeler ve Yorumlama. 7. Baskıdan Çeviri. Ankara. Palme Yayınevi, 2018:271-524.
2. Nel C, Yakoob Z, Schouwstra CM, Heerden WFP. Familial florid cemento-osseous dysplasia: A report of three cases and review of the literature. Dentomaxillofac Radiol. 2020;50(1):20190486.
3. Köseoğlu Seçgin C, Günhan Ö, Gülşahı A. Benign fibroosseöz lezyonlar. Acta Odontologica Turcica. 2016;33(2):95-101.

4. Bayramov N, Öztürk ÜA, Yalçinkaya ŞE. Incidental soft tissue calcifications in cone-beam computed tomography images: A retrospective study. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci.* 2022;28(2):291-8.
5. 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. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2002;60(7):832-5.
6. Gonçaves M, Pispico R, Alves FA, Lugao CEB, Gonçaves A. Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. *Braz. Dent J.* 2005;16(3):247-50.
7. Wu G, Sun X, Shilei Ni, Zhang Z. Typical nodal calcifications in the maxillofacial region: A case report. *Int J Clin Exp Med.* 2014;7(9):3106-9.
8. Yıldırım D, Bilgir E. Baş boyun bölgesindeki yumuşak doku kalsifikasyon ve ossifikasyonları. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.* 2016;25(13):82-90.
9. Tarçın B, Selvi F, Atalı PY, Dikilitaş A, Korkut B, Paken G ve ark. Maksillofasiyal bölgedeki yumuşak doku kalsifikasyon ve ossifikasyonları. In: Karaaslan F, ed. *Güncel Diş Hekimliği Araştırmaları.* Ankara. İksad Yayınevi, 2020:206
10. Sarmiento DJDS, de Brito Monteiro BV, de Medeiros AMC, da Silveira EJD. Severe florid cemento-osseous dysplasia: A case report treated conservatively and literature review. *Oral Maxillofac Surg.* 2013;17:43-6.
11. Yeşiltepe S, Yaşa Y, Yılmaz AB. Osseöz displazi: Klinik ve radyografik bulgularla üç vaka. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.* 2016;26(1):106-10.
12. Kutluay HK, Cankal DA, Bozkaya S, Ergün G, Bar E. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent.* 2013;5(1):58-61.
13. MacDonald-Jankowski DS. Florid cemento osseous dysplasia: A systematic review. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2014;32(3):141-9.
14. Chrcanovic BR, Gomez RC. Cementoblastoma: An updated analysis of 258 cases reported in the literature. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* 2017;45(10):1759-66.
15. Sankari LS, Ramakrishnan K. Bening cementoblastoma. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011;15(3):358-60.
16. Rajesh E, Nishanth G, Masthan KMK, Babu NA. Cementoblastoma-A review. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine.* 2020;7(5):1425-8.
17. 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(3):311-20.
18. Nagaraja A, Kumar NG, Kumar BJ, Naik RM, Sangineedi YJ. A solitary phlebolith in the buccal mucosa: Report of a rare entity and clinicopathologic correlation. *J Contemp Dent Pract.* 2016;17(8):706-10.
19. Scolozzi P, Laurent F, Lombardi T, Richter M. Intraoral venous malformation presenting with multiple phleboliths. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;96(2):197-200.