

SEMENTLEŞEN FİBROMA; 12 OLGU ÜZERİNDE KLİNİK VE HİSTOPATOLOJİK ARAŞTIRMA

CEMENTIFYING FIBROMA, CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL INVESTIGATION OF 12 CASES

Necla TİMOÇİN (*), Ayşegül APAYDIN (**),
Sami YILDIRIM (***), Canan ALATLI (****), Cüneyt Korhan ORAL (*****)

Anahtar Sözcükler: Sementleşen fibroma, periapikal sementel displazi, Periapikal fibroma, fibro-osteoma.

1976-1986 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve sementleşen fibroma tanısı konan 12 hasta klinik, radyolojik ve histopatolojik olarak incelenmiştir. Hastalardan 7'sinin kadın, 5'inin erkek olduğu ve çoğunun yaşlarının 2., 3. ve 4. dekadlar arasında olduğu saptanmıştır. Lezyonların büyük bölümünün alt çene küçük ve büyük azlar bölgesinde yer aldığı ve hastaların şişlik şikayetiyle başvurduğu gözlenmiştir. Olguların radyolojik ve histopatolojik özellikleriyle tedavi yöntemleri kaynak bilgilerle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Key words: Cementifying fibroma, periapical cemental dysplasia, periapical fibroma, fibro-osteoma.

12 patients who applied to the polyclinics of Istanbul University Dental Faculty Oral Surgery Department and diagnosed as cementifying fibroma, are investigated clinically, radiologically and histopathologically. 7 of the patients were found to be women 5 men, majority of whom in the ages between 2nd and 4th decade. Most of the lesions were localized in the molar and premolar regions of the mandibula and in most cases the patient applied with the complaint of a mass in the jaw. The radiological and histological features of the presented cases and the method of treatment are discussed in comparison with literature findings.

GİRİŞ

Sement üreten odontogen tümörler seyrek rastlanan, yavaş büyüyen selim oluşumlardır (3, 9, 12, 13, 16, 17). Peridontal membrandan kökenli oldukları düşünülmektedir (6, 8, 9, 14, 17). Klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerine göre 4 gruba ayrılırlar (1, 12, 13).

a) Periapikal sementel displazi, periapikal fibröz displazi, periapikal fibroma, fibro-osteoma gibi isimler alan lezyonlar genellikle alt kesici dişlerin apekslerinin

de görülen, klinikte belirti vermeyen küçük oluşumlardır. Kadınlarda 3. ile 4. dekadlarda ve siyah ırkta daha siktir (2, 5, 11, 12, 13, 15). 3 dönem gösterirler: I. dönem, osteolitik dönem, II. dönem, sementoblastik dönem, III. dönem ise olgun, inaktif dönemdir. Lezyonlar I. dönemde apikal granulomu andırırlar; ancak dişler canlıdır ve tedavisi gerekmez (2, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15).

b) Benign sementoblastomalar gerçek sementomalardır. Erkeklerde, 10-25 yaş arasında ve alt çene premolar dişlerin distalindeki bölgede sık olarak görü-

(*) Prof. Dr., İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
(**) Dr., İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.
(***) Yar. Doç. Dr., İ. Ü. Dişhekimliği Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
(****) Doç. Dr., İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Patoloji Birimi Öğretim Üyesi.
(*****) Dt., İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

lürler (13, 17). Klinikte hafif bir şişlik vardır, ağrı olabilir. Radyolojik olarak kesin sınırlı, osteolitik ve sklerotik alanlar içeren yuvarlak bir kitle biçimindedir. Mikroskopik incelemede yoğun sement dokusu çevresinde dizilmiş aktif sementoblastlar görülür. Tedavisinde bağlı bulunduğu dişle birlikte çıkarılması gerekir. Residiv yapmaz (12).

c) Dev sementoma ya da ailesel multipl sementoma kalıtsal bir çene tümörüdür. Orta yaşlı kadınlarda sıklıkla görülür. Her iki çenede kesin sınırlı radyopak kitleler biçiminde görülür. Mikroskopik olarak gevşek yapıdaki bağ dokusu içinde yoğun sement dokusu izlenir. Tedavisi enükleasyondur, residiv yapmaz (9, 12, 13).

d) Sementleşen fibromalar ise periodontal membrandaki mezankimal elemanlardan köken alan selim tümörlerdir. Kadınlarda, 2., 3. ve 4. dekadlarda, alt çenede daha sık görülür (1, 8, 12, 14, 17). Klinikte oluşumun kitlesine bağlı şişlik ve yüz asimetrisi vardır (12). Ağrı olabilir (16). Radyolojik olarak, sınırları belirgin litik bir lezyon içinde yer yer yoğunlaşan kireçlenme alanları izlenir (1, 3, 12, 16). Mikroskopik olarak kesilirken kumlu izlenim verirler, kesit yüzeyleri sarı-beyaz renklidir. Mikroskopik incelemede genç mezankim hücrelerinden yapıları aktif fibroma yapısı içinde yer yer yoğunlaşan ve birbirleriyle birleşen, yer yer de tek olarak serpilmiş sement adacıkları görülür. Genellikle ortaları kalsifiedir, burada degenere epitel hücreleri ya da gölge hücreleri bulunabilir (3, 12). Tedavisinde eksizyon ve küretaj uygulanır, bazı olgularda rezeksiyon gerekebilir (12). Nadir olarak residiv yapabilir, prognozu iyidir (12, 16).

Çene kemiklerindeki fibro-osseöz lezyonları inceleyen araştırmacılar (6, 7, 8, 14), periodontal membranın sement ve kemik üretebilme yeteneğinin sonucu olarak kemik, sement ve her iki dokuyu da içeren tümörler oluşabildiğini ve bunların klinik açıdan farklılık göstermediklerini savunmuşlardır. Sement ve kemik dokusunun ayırıcı tanısının yapılabilmesi amacıyla, bu iki dokudaki kollagen lifler incelenmiş ve lif yapılarının farklı olduğu saptanmıştır (7).

Biz bu çalışmamızda kliniğimize başvuran hastalar içinde sementleşen fibroma tanısı alan olguların klinik ve histopatolojik bulgularını literatür bulgularını ile kıyaslayarak tartışmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız, 1976-1986 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na başvuran hastalardan histopatolojik olarak "sementleşen fibroma" tanısı alan 12 hasta üzerinde retrospektif olarak yapılmıştır.

Bu çalışmamızda, hastaların klinik radyolojik ve histopatolojik bulgularını değerlendirerek bir sonuç çıkarmayı amaçladık.

BULGULAR

Araştırmamızda yer alan 12 hastadan en genci 12, en yaşlısı ise 60 yaşında idi. Lezyon 2., 3. ve 4. dekadlarda en sık olarak saptandı, yaş ortalaması 28.5 olarak bulundu. Hastaların 7'si kadın, 5'i erkekti.

Olgularımızın 8'inde tümör alt çenedeydi. Bunlardan 5'i sol tarafta, 2'si sağ tarafta, 1'i ön bölgedeydi. Üst çenede yer alan 4 lezyondan 3'ü sağ, 1'i sol tarafta idi.

Hastaların yaş, cinsiyet ve lokalizasyon yönünden dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

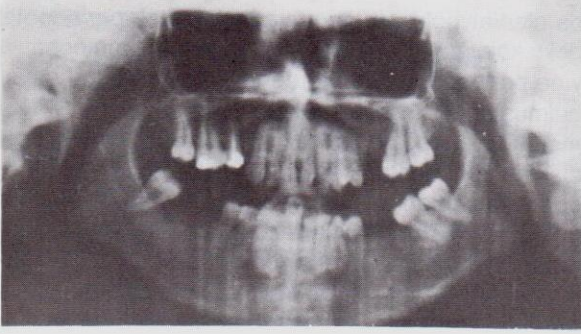
Olgu	Yaş	Cinsiyet	Lokalizasyon
1	60	K	Alt çene sol taraf
2	20	E	Alt çene sağ taraf
3	47	E	Alt çene sol taraf
4	24	K	Üst çene sağ taraf
5	16	K	Üst çene sağ taraf
6	38	K	Alt çene sol taraf
7	12	E	Alt çene sol taraf
8	13	E	Alt çene sağ taraf
9	25	K	Alt çene sol taraf
10	20	K	Alt çene ön bölge
11	33	E	Üst çene sağ taraf
12	34	K	Üst çene sol taraf

Hastalarımızı, klinik belirtileri açısından incelediğimizde 12 hastanın tümünün, çenelerinin belirli bölgelerinde meydana gelen şişlik ya da kabarıklık nedeniyle polikliniğe başvurduğunu saptadık. Hastalardan 4'ünde kitle ağız dışından farkedilecek biçimde kabarıklık yapmaktaydı. Ayrıca 3 hastada ağrı yakınması vardı.

Olgularımızdan yalnızca ikisinde tümörün bulunduğu bölgedeki dişlerin daha önce çekilmiş olduğu gözlemlendi. Öteki olgularda tümör bölgesinde varolan

dişlerin tümü canlıydı. 4 hastada ilgili bölgedeki dişlerin kuronlarının birbirine yaklaşmış olduğu saptandı.

Radyolojik incelemede lezyonlar çene kemikleri içinde dişlerin kökleri arasında ya da dişsiz bölgede yer alan kesin sınırlı, çoğunlukla osteolitik, yer yer değişik derecelerde radyopak odaklar içeren yuvarlakça oluşumlar biçiminde görüldü. Bazı olgularda kitleler oldukça kalsifiye görünümündeydiler (Resim 1). Diş köklerinin arasında yerleşim gösterdiklerinde, ilgili diş köklerinin iki yana doğru eğilmesine neden olmaktadır (Resim 2 ve 3).



RESİM: 1 20 yaşındaki kadın hastada, alt çene ön bölgede, diş kökleri çevresinde yer yer sklerotik görüntü veren, kesin sınırlı osteolitik oluşum izlenmektedir.

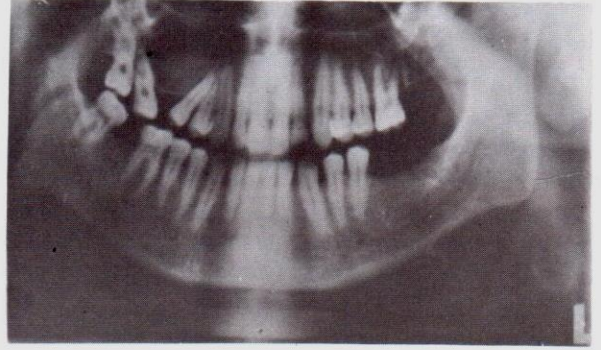


RESİM: 2 34 yaşındaki kadın hastada, üst çene sol 1. ve 3. büyük azı dişlerinin kökleri arasında yer yer hafif sklerotik ve litik görüntü veren kitle izlenmektedir.

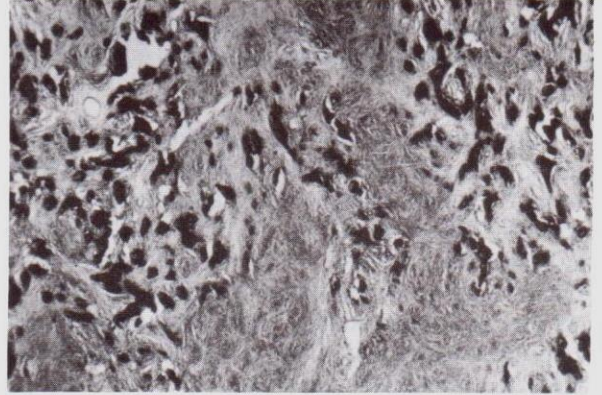
Mikroskopik olarak, genellikle sarımsı beyaz ya da gri renkte, kesilirken kumlu izlenim veren kitleler biçimindediler.

Mikroskopik incelemede olguların tümünde, genç mezankim hücrelerinden oluşan bir yapı içinde

ya tek tek serpilmiş ya da birbirleriyle anastomozlar yapan sement kitleleri görülmekteydi. Dekalsifiye edilmemiş kesitlerde sement adacıkları, küçük, kireçlenmiş kitleler biçimindeydi (Resim 4). Dekalsifiye edilmiş kesitlerde ise, fibrom komponentinin içinde yuvarlak, konsantrik yapı gösteren sement adacıkları belirgin olarak seçilmekteydi (Resim 5).

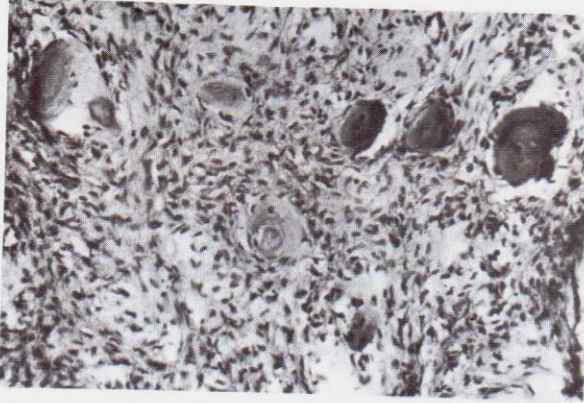


RESİM: 3 33 yaşındaki erkek hastanın, üst çene sağ 2. küçük azı ve 2. büyük azı dişlerinin kökleri arasında yer yer sklerotik görünümde osteolitik kesin sınırlı yuvarlak lezyon görülmektedir.



RESİM: 4 Tümörün mikroskopisinde fibrom yapısı içinde çok sayıda küçük, kireçlenmiş, sement adacıkları görülmektedir. H. E. X32.

Olgularımızın tedavisinde kitlelerin lokalizasyon ve büyüklüğüne göre değişik ameliyat yöntemleri uygulanarak eksizyon ve küretaj yapıldı. Diş köklerinin içine alan tümörlerin tedavisinde ilgili dişlerin çekimi yapıldı, ya da bu dişlere apikal rezeksiyon uygulandı. Olgularımızın ikisi 11 yıl, üçü 8 yıl, ikisi 7 yıl, biri 5, biri 4, biri 2, ikisi ise 1 yıl süreyle izlendi; hiçbirinde residiv görülmedi.



RESİM: 5 Altçene ön bölgede yer alan sementleşen fibroma olgusunun mikroskopisinde genç mezenkim hücrelerinden oluşan yapı içinde konsantrik sement adacıkları görülmektedir. H. E. X200.

TARTIŞMA

Eski kaynaklarda sement üreten tümörlerin tümü sementoma ya da sementleşen fibroma olarak anılmaktadır (1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 15, 17). Daha sonraları bu tümörlerin değişik özelliklere sahip olduğu, davranış bakımından da farklılıklar gösterdiği dikkati çekmiş ve bugün kullanılan sınıflama kabul edilmiştir (12, 13).

Sementleşen fibroma, sement tümörlerinin en sık görülenlerinden biridir. Kaynak bilgilere göre kadınlarda, 2., 3. ve 4. dekadlarda ve alt çenede daha sık görülmektedir (4, 8, 12, 14, 17). Bizim araştırmamızdaki olguların 7'si kadın, 5'i erkekti. Hastaların çoğunluğu 2., 3. ve 4. dekadlardaydı ve lezyonların 8'i alt, 4'ü üst çenede yer almaktaydı. Tümörlerden yalnızca biri ön bölgede lokalizeydi. Çalışmamızdaki bulgular kaynaklara uygunluk gösteriyordu.

Olgularımızın tümü kliniğimize şişlik veya kabarıklık nedeniyle başvurmuştu. Yüzde deformite, ağrı gibi yakınmalar daha az görülmekteydi. İki olgu dışındaki tüm hastalarda tümör dişli bölgedeydi ve diş köklerini iki yana eğiyor, dişlerin kuronlarını birbirlerine yaklaştırıyordu. Dişsiz bölgede yer alan tümörler ise dişlerin çekiminden hemen sonra ortaya çıkmıştı. Bu bulgularla birlikte, tümör bölgesindeki dişlerin de canlı olması, kaynaklardaki bilgilerle paralellik göstermekteydi (12, 16).

Kaynaklarda da belirtildiği gibi (3, 4, 12, 16) araştırmamızdaki olguların radyolojik görünümleri kesin

sınırlı, değişik derecelerde radyopak odaklar içeren yuvarlak kitleler biçimindeydi. Tümörün mikroskopisinde sement yapımı ve kireçlenmesi ne kadar fazla ise radyolojik görünüm de o kadar sklerotik olmaktadır.

Tümörün mikroskopisinde genç mezenkim hücrelerinden oluşan fibrom yapısı içinde değişik büyüklükte, kireçlenmiş, konsantrik sement adacıkları görülmektedir (3, 12). Periodontal membrandaki genç mezenkim hücreleri kemik, sement ve fibröz doku yapma yeteneğindedir (6, 8). Bu noktadan hareket ederek sement tümörlerinin periodontal membrandaki sementoblastlardan kaynaklandığı ileri sürülmüştür (6, 8, 9, 14, 17). Diş çekimi yapılan bölgelerde az da olsa alveol boşluğuna yapışık olarak periodontal doku kaldığı ve buralardan çıkan sement tümörlerinin yine periodontal hücrelerden kaynaklı olduğu savunulmuştur (8). Yapılan çalışmalarda (6, 8, 14, 17) tümörün bulunduğu bölgedeki dişlerin canlı olması, ilgili dişlerin periodontal membranlarında belirgin bir periodontitis saptanmaması ve dişlerde çürüklere ya da dolgu gibi restorasyonlara çok az oranlarda rastlanması etyolojisinde infeksiyonun varlığını düşündürmemektedir. Aynı şekilde travma, hormonal denge ve sistemik hastalıklar gibi faktörler etyolojik etken olarak düşünülmüşse de bunların doğruluğu ispatlanmamıştır (17). Olgularımızın çoğunun az travmaya uğrayan küçük ve büyük azı dişleri bölgelerinde yer alması ve dişlerin infeksiyon belirtileri göstermemeleri kaynak bilgilerle uyumludur.

Çene kemiklerinde bazen, hem kemik hem de sement üreten tümörlere, ya da yalnızca kemik yapımı içeren tümörlere, ya da yalnızca kemik yapımı içeren tümörlere rastlanmaktadır. Çeşitli araştırmalarda (6, 8, 14) bu tür lezyonlar fibroosseöz oluşumlar adı altında incelenmiş ve kemik ile sement ya da her iki dokuyu birden üreten tümörlerin klinik özellikleri yönünden farklılıklar göstermediği saptanmıştır. Biz bu çalışmamızda kemik yapımı içeren oluşumları incelemedik, bu tür tümörleri ayrı bir antite olarak tutmayı uygun bulduk.

Kaynaklarda sementleşen fibroma olgularının residiv yapabildiği bildirilmektedir (12, 16). Buna karşılık residivlerde bile tümörün malignite kriterleri göstermediği saptanmıştır (16). Bizim olgularımızdan hiçbirinin residiv yapmaması da tümörün benign karakterde olduğunu desteklemektedir. Kanımızca sement tümörlerinin tedavisinde enükleasyon ve dikkatli bir küretaj yeterli olmaktadır. Ancak residiv görülen durumlarda daha radikal cerrahi yöntemlere başvurulabilir.

KAYNAKLAR

1- Albright, J. E., Terry, B. C., Baker, R. D.: Cementifying fibroma of the mandible: report of case, *J. Oral Surg.* 32: 294, 1974.

2- Archer, L. E.: *Oral and Maxillofacial Surgery*, 5. Baskı, 1. Cilt, W. B. Saunders Comp., Philadelphia, London, Toronto, 1975.

3- Bernier, J. L.: *The Management of Oral Disease*. 2. Baskı, C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1955.

4- Bernier, J. L., Thompson, H. C.: The histogenesis of the cementoma, report of 15 cases, *Amer. J. Orthodont. Oral Surg.* 32: 543, 1946.

5- Clark, H. B.: *Practical Oral Surgery*, 3. Baskı, Lea Febriger Comp., Philadelphia, 1965.

6- Eversole, L. R., Leider, A. S., Nelson, K.: Ossifying fibroma: A clinicopathological study of sixty-four cases, *Oral Surg.* 60: 505, 1985.

7- Giansanti, J. S.: The pattern and width of the collagen bundles in bone and cementum. *Oral Surg.* 30: 508, 1970.

8- Hamner, J. E., Scofield, H. H., Cornyn, J.: Benign fibro-osseous jaw lesions of periodontal membrane origin, an analysis of 249 cases, *Cancer* 22: 861, 1986.

9- Kline, S. N., Spatz, S. S., Zubrow, H. J., Fader, M.: Large cementoma of the mandible, *Oral Surg.* 14: 1421, 1961.

10- LaDow, C. S.: *Surgical Aspects of Oral Tumors*, "Textbook of Oral Surgery, Ed: G. O. Kruger, 4. Baskı, C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1974" içinde.

11- Scopp, I. W.: *Oral Medicine*, 2. Baskı, C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1973.

12- Tahsinoğlu, M., Çöloğlu, A. S., Erseven, G.: *Odontogen Tümörler*, Bozak Matbaası, İstanbul, 1981.

13- Vickers, R. A., Gorlin, R. J.: *Face, Lips Teeth, Mouth, Jaws, Salivary Glands and Neck*, "Pathology, Ed: W. A. D. Anderson, J. M. Kissane, 7. Baskı, 2. Cilt, C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1977" içinde.

14- Waldron, C. A., Giansanti, J. S.: Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A clinical-radiologic-histologic review of sixty five cases. Part II. Benign fibro-osseous lesions of periodontal ligament origin, *Oral Surg.* 35: 340, 1973.

15- Wuehrmann, A. H., Lincoln, R. M.: *Dental Radiology*, 3. Baskı, C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1973

16- Wu, P. C., Leung, P. K. Y., Ma, K. M.: Recurrent cementifying fibroma, *J. Oral Maxillofac. Surg.* 44: 229, 1986.

17- Zegarelli, E. V., Kutscher, A. H., Napoli, N., Iurono, F., Hoffman, P.: The cementoma, *Oral Surg.* 17: 219, 1964.

YAZIŞMA ADRESİ:

Prof. Dr. NECLA TİMOÇİN
İ. Ü. DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
34390 ÇAPA - İSTANBUL