

FOKAL OSTEOPOROTİK KEMİK İLİĞİ DEFEKTİ: OLGU SUNUMU

Focal Osteoporotic Bone Marrow Defect: A Case Report

Mert TAYŞI¹, Burak ÇANKAYA¹, Levent USLUCAN¹, Merva Soluk TEKKEŞİN²,
Sami YILDIRIM¹

Makale Gönderilme Tarihi:02/07/2013

Makale Kabul Tarihi:29/08/2013

ÖZ

Fokal osteoporotik kemik iliği defekti genellikle orta yaş kadın hastaların dişsiz mandibularında posterior bölgede asemptomatik radyolüsent alanlar şeklinde karşımıza çıkar. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber radyolojik özelliklerinden dolayı tanı sadece histopatolojik tetkik ile koyulabilmektedir. Bu olgu sunumunda 67 yaşındaki kadın hastada görülen fokal osteoporotik kemik iliği defektinin klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: *Fokal osteoporotik kemik iliği defekti, hematopoetik, kemik iliği*

ABSTRACT

Focal osteoporotic bone marrow defects usually appears as asymptomatic radiolucencies in the edentulous mandibles of middle aged women. Their etiology is unclear and due to the radiologic properties histopathologic examination is the only way to achieve a correct diagnosis. In this article a case of focal osteoporotic bone marrow defect in a 67 old female is discussed with its clinical, radiologic and histopathologic features.

Keywords: *Focal osteoporotic bone marrow defect, hematopoietic, bone marrow*

¹ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D.

² İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Klinik Onkoloji A.D. Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji B.D.

Giriş

Fokal osteoporotik kemik iliği defektleri (FOKİD) genellikle orta yaş kadın hastalarda çenelerin molar bölgesinde asemptomatik radyolusent alanlar olarak klinikte karşımıza çıkar (1). Çoğu zaman rutin radyografik tetkiklerde tesadüfen fark edilirler. FOKİD'lerin radyografilerde karakteristik bir görüntüsü yoktur. Radyografide lezyonun görüntüsü düzgün sklerotik sınırlı radyolusent alanlar şeklinde olabileceği gibi, sınırları belirsiz ve yer yer radyopak bölgeler içeren litik bir lezyon şeklinde de olabilmektedir (2). Klinikte genellikle herhangi bir şikayete neden olmaz. Lezyonun histolojisinde hemapoitik ve yağlı kemik iliği hücreleri görülür (3).

FOKİD'lerin etyolojisi tam olarak açıklanamamış olsa da bir takım teoriler mevcuttur. Bu teorilerden biri alyuvar yapımının arttığı

durumlardaki (ör: kronik anemi) kemik iliği hiperplazisidir (4-7). Lezyonların çoğu çekim soketlerinin yerinde görülmektedir (8). FOKİD'lerin tedavi gerektirmediği bilinmektedir, ancak kesin tanı da sadece histopatolojik inceleme ile koyulabilmektedir (9). Lezyonun enükle edilerek yapılmış olan biyopsileri ile tedavisi tamamlanmış olur, nüks görülmesi nadirdir (10).

Olgu

67 yaşındaki kadın hasta İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne protetik tedavi için başvurmuş ve alınan rutin panoramik radyografide sol alt molar bölgede 6 ve 7 nolu dişlerin kökleri arasında yaklaşık 1 cm çapında düzgün sınırlı radyolusent alan saptanarak hasta Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na sevk edilmiştir (şekil 1).



Şekil 1. Hastanın preoperatif panoramik görüntüsü.

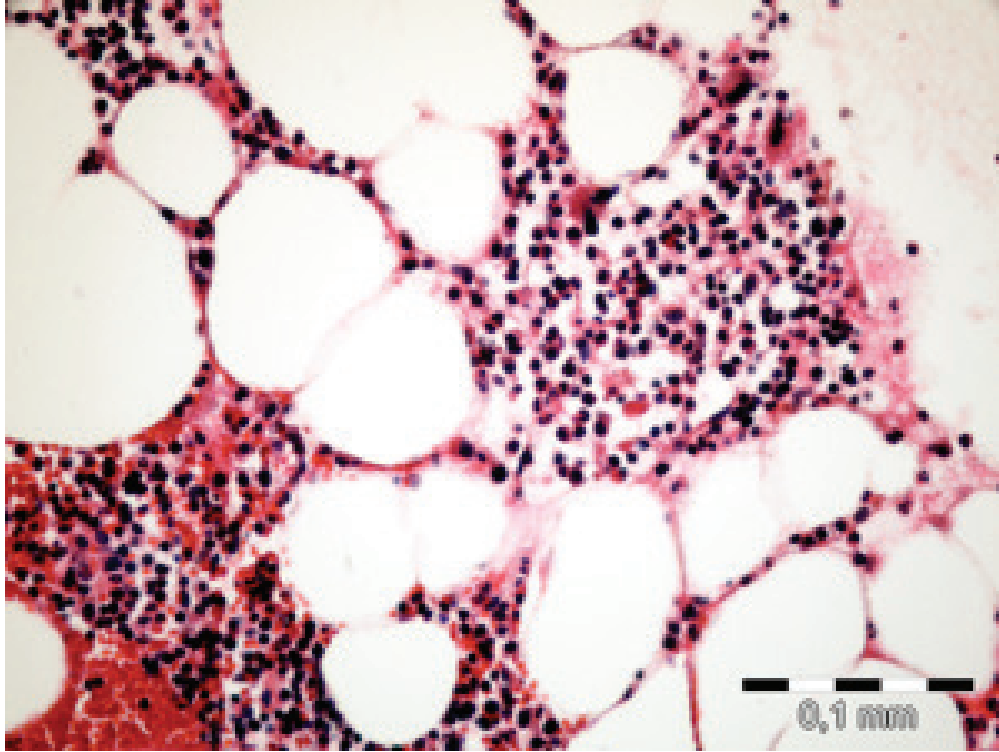
Yapılan intraoral muayenede oral mukozanın sağlıklı olduğu ve ilgili bölgede herhangi bir şişlik ve enfeksiyon belirtisi görülmemiştir. Hastanın anamnezinde hafif

hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir. Vitalometrik muayenede sol alt 1. ve 2. büyükazı dişlerinin vital olduğu saptanmıştır. Hastanın klinik ve radyolojik muayenesi sonucunda

lateral periodontal kist ön tanısıyla ponksiyon yapılması düşünülmüş ancak kortikal kemiğin kalınlığından dolayı mümkün olmamıştır. Bu nedenle biyopsi yapılması kararlaştırılmıştır. Sol alt çenede dişlerin mevcut olmasından dolayı FOKİD tanısı düşünülmemiştir.

Biyopsi lokal anestezi altında yapılmıştır. Operasyon esnasında lezyonun kortikal kemikte herhangi bir erozyona veya eks-

pansiyona neden olmadığı görülmüştür. Kemikte pencere açılıp lezyona ulaşıldığında ise kavitenin boş olduğu ve epitel dokunun bulunmadığı görülmüştür. Küretajla alınan materyal histopatolojik inceleme için İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Patoloji Bilim Dalı'na gönderilmiş ve tanı fokal osteoporotik kemik iliği defekti olarak koyulmuştur (Biopsi no: 908/2012) (şekil 2).



Şekil 2. Lezyonun histopatolojik incelemesinde çok sayıda hematopotetik hücre , yağlı kemik iliği ve yaygın kanama alanları görülmektedir (H&E X400).

Tartışma

Yetişkinlerde çenelerdeki hematopoetik kemik iliği genellikle mandibulanın angulus bölgesinde, maksilla tüber bölgesinde ve kondiler proçeste görülür (11,12). Osteoporotik kemik iliği defekti ise bu bölgeler dışında görülen radyolusent alanlardaki kemik iliği dokusunu ifade etmektedir (12). Vakala-

rın çoğu mandibulanın posterior bölgesinde ve orta yaş kadın hastalarda görülmektedir. Defektin radyolojik görüntüsü çok değişken olmakla beraber büyüklüğü genellikle birkaç santimetreden fazla değildir. Literatürde bu lezyonların daha çok önceden diş çekimi yapılmış bölgelerde görüldüğü bildirilse de bu vakada lezyon dişli bölgede görülmektedir.

Fokal osteoporotik kemik iliği defektinin

etyolojisi henüz tam açıklığa kavuşmamış olmakla beraber farklı teoriler ortaya atılmıştır. Bunlardan birincisi yağlı kemik iliği dokusuna dönüşmemiş persiste kırmızı embriyonik kemik iliği dokusundan kaynağını aldığı görüşüdür (12). Ancak pek çok araştırmacı, defektin görülme sıklığının yetişkinlerde ve gençlerde aynı olmaması nedeniyle bu teorinin geçerliliğinin olmadığını savunmaktadır. Bilindiği üzere bu defekt daha çok 4. ve 6. dekatlar arasında ortaya çıkmaktadır.

FOKİD'lerin etyolojisini açıklamak için ortaya atılan ikinci teori ise orak hücreli anemi gibi bazı sistemik hastalıklardaki artmış eritrosit ihtiyacını karşılayabilmek için kemik iliğinin mecburi olarak hiperplaziye uğramasıdır (4-7,12). Ancak literatürde bu iki durumu birbiriyle ilişkilendirecek bulgular bulunmamaktadır. Literatürde orak hücreli anemi ile ilişkilendirilen tek bir FOKİD vakası bildirilmiştir (13).

Etyoloji ile ilgili son teori ise diş çekimi gibi bir travmaya maruz kalmış çene kemiklerindeki geçici iskemiye bağlı yetersiz iyileşme mekanizmasıdır (7). Lezyonların çoğunun eski çekim soketlerinin yerinde görülmesi ve literatüre göre kemik iliğinden elde edilen progenitör hücrelerin hematopoetik ortam yaratabilme potansiyellerinden dolayı en geçerli patogenez mekanizması olarak bu teori kabul görmektedir. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi literatürde de çekim soketlerini ilgilendirmeyen FOKİD'lerin varlığı bu görüşle ters düşmektedir.

Sonuç

Klinik ve radyolojik bulgulara dayanarak FOKİD tanısı koymak klinisyenler için zor olsa da, hastanın cinsiyeti, yaşı ve lezyonun lokalizasyonu doğru bir tanı için yardımcı olabilmektedir. Kesin tanı için mutlaka histopatolojik tetkik yapılması gerek-

tedir. FOKİD'lerin ayırıcı tanısı ise diğer odontojen kistler ve tümörlerle yapılmalıdır. Radyolojik görüntünün uniloküler ve düzgün sınırlı olmadığı vakalarda lezyonun daha agresif tümörlerle karıştırılabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bravo-Calderón DM, Oliveira DT, Martins Dos Santos WH. Bilateral osteoporotic bone marrow defects of the mandible: a case report. *Head Face Med*, 2012; 8: 22. doi: 10.1186/1746-160x-8-22.
2. Lipani CS, Natiella JR, Greene GW Jr. The hematopoietic defect of the jaws: a report of sixteen cases. *J Oral Pathol*, 1982; 11(6): 411-16.
3. Sencimen M, Delilbasi C, Gulses A, Okcu KM, Gunhan O, Varol A. Focal osteoporotic hematopoietic bone marrow defect formation around a dental implant: a case report. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2011; 26(1): e1-4.
4. Barker BF, Jensen JL, Howell FV. Focal osteoporotic bone marrow defects of the jaws. An analysis of 197 new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1974; 38(3): 404-13.
5. Gordy FM, Crews KM, O'Carroll MK. Focal osteoporotic bone marrow defect in the anterior maxilla. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1993; 76(4): 537-42.
6. Wilson DF, D'Rozario R, Bosanquet A. Focal osteoporotic bone marrow defect. *Aust Dent J*, 1985; 30(2): 77-80.
7. Shankland WE, Bouquot JE. Focal osteoporotic marrow defect: report of 100 new cases with ultrasonography scans. *Cranio*, 2004; 22(4): 314-19.
8. Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 2nd ed., Philadelphia: Saunders, 2002,

p.539–40.

9. Schneider LC, Mesa ML, Fraenkel D. Osteoporotic bone marrow defect: radiographic features and pathogenic factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1988; 65(1): 127–29.

10. Sa'do B, Ozeki S, Higuchi Y, Nakayama E. Osteoporotic bone marrow defect of the mandible: report of a case diagnosed by computed tomography scanning. *J Oral Maxillofac Surg*, 1992; 50(1): 80–82.

11. Makek M, Lello GE. Focal osteoporotic bone marrow defects of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg*, 1986; 44(4): 268–73.

12. Marmulla R, Mühling J. Verification of extensive bone marrow hyperplasia using magnetic resonance imaging. *J Oral Maxillofac Surg*, 2007; 65(8): 1590–94.

13. Sanner JR, Ramin JE. Osteoporotic, hematopoietic mandibular marrow defect: an osseous manifestation of sickle cell anemia. *J Oral Surg*, 1977; 35(12): 986–88.

Yazışma adresi:

Mert TAYŞI

İstanbul Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D.

Tel: 414 20 20

e-posta: mtaysi23@hotmail.com