

## PERİAPİKAL SEMENTAL DİSPLAZİ: Vaka raporu

Doç.Dr.Nihat TUNCER\*

### PERIAPICAL CEMENTAL DYSPLASIA: Case report

#### ABSTRACT

Periapical cemental dysplasia, also known as a cementoma, is a benign asymptomatic condition of unknown aetiology. The lesions predominantly involve the apical areas of vital mandibular incisor teeth. Multiple lesions are often present. There is a striking predilection for both female and black patients. Periapical cemental dysplasia is often discovered as an excellent accidental finding on a general radiographic survey or during localised periapical radiographic examination.

In this article; a case of periapical cemental dysplasia (cementoma) is presented.

**Keywords:** Fibrous dysplasia, periapical cemental dysplasia.

#### ÖZET

Sementoma olarak bilinen periapikal semental displazi, etiyolojisi bilinmeyen benign asemptomatik bir lezyondur. Lezyonlar vital mandibular insizal dişlerin apikal bölgelerinde görülmektedir. Multiple lezyonlar sık sık görülür. Siyah ırkta ve kadınlarda daha çok izlenmektedir. Çoğunlukla genel radyografik araştırmalar sonucunda veya lokal periapikal radyografik inceleme sonucunda keşfedilir.

Bu makalede bir periapikal semental displazi vakası sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Fibröz displazi, Periapikal semental displazi.

#### GİRİŞ

Periapikal semental displazi (PSD), bir sementoma olarak bilinir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber odontojenik orijinli veya periapikal dokuların reaktif cevabı olarak tarif edilir.<sup>1</sup> PSD'ler genellikle asemptomatiktir, başka amaç için alınan radyografilerde tesadüfen görülürler.<sup>1,3</sup>

Çoğunlukla siyah ırkta, kadınlarda, alt anterior dişlerin periapikallerinde izlenir.<sup>1-3,5</sup> Tek olarak görülebildiği gibi daha çok multipl lezyonlar halinde görülürler. İlişkide olduğu dişler vitaldir.<sup>1,3</sup>

Lezyonlar radyografik görünümüne göre 3 evreye ayrılmıştır.<sup>1,6</sup> 1.Evre; osteolitik evredir. Bu evrede lezyonlar; periapikal, kronik inflamatuvar lezyonlar ile karışabilen periapikal radyolüsent alan halinde görülürler.<sup>1,3</sup> Patolojisinde periapikal sert dokuların konnektif dokuyla yer değiştirdiği izlenir. 2.Evre; intermediate evredir. Periapikal sert dokuyla yer değiştiren konnektif dokuda mineral depolanmaları görülür. Bu

görünümüne sementoblastik aktivitenin artışı neden olur.<sup>1,6</sup> Radyografik olarak mixt bir görünüme sahiptir.<sup>3</sup> 3.Evre; matür evredir. Radiografide ince bir radyolüsent halka ile çevrili radyo-opasiteler izlenir.<sup>1,3</sup> Bu lezyonlar 1 cm.den küçük ve genellikle yuvaraktır.<sup>4</sup> Sement ve dens kemik görünümünde doku oluşur.

#### VAKA RAPORU

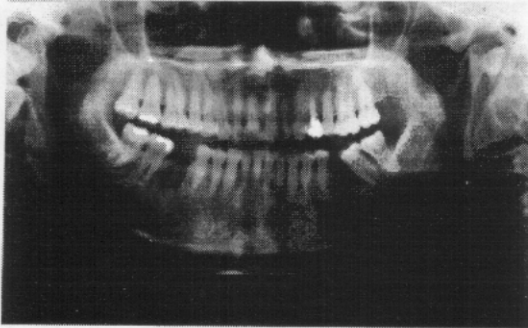
32 yaşında bayan hasta (MA.) sağ alt 1.molar dişini çektirdikten sonra ağrısının geçmediğini belirtmek kliniğimize başvurmuştur. Alınan anamnezinde hasta sağ alt 1. molar dişini, periapikal bölgede lezyon gerekçesiyle, özel bir poliklinikte 5 gün önce çektirdiğini, çekim yerinin iyileşmemesi üzerine aynı yere tekrar başvurduğunda, alveolit teşhisi konularak, alveolit tedavisi uygulandığını belirtmiştir. Uygulanan antibiyotik tedaviye rağmen şikayetlerinin geçmemesi üzerine alınan radyografisinde dişlerin apekslerinde lezyonlar görüldüğü için bu dişlerinin de çekimi önerilmesi üzerine kliniğimize başvurmaya karar verdiği öğrenilmiştir.

\*Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Hastanın klinik tetkikinde çekim kavitesi çevresindeki mukozanın ödemli ve hiperemik olduğu, palpasyonda da ağrı izlenmiştir. Hastanın oral hijyeninin yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Radiografik tetkikinde ise, gerek periapikal gerekse panoramik filmlerde sol üst 2. molar diş apexinde, sol alt 1. molar diş bölgesinde, üst sağ kanin diş ile 1. molar diş ve sağ alt 1. ve 3. molar dişin apexleri civarında radyolüsent alanla çevrili radyoopasiteler izlenmiştir. Ancak periapikal radyografilerde, lamina duralar sağlıklı ve devamlı şekilde izlenmiştir (Resim 1,2). Lezyonlar ile ilişkili dişlerin vitalite testleri sonucu dişlerin vital olduğu görülmüştür. Hastada bölgenin direne olduğu lenf düğümleri muayene edilmiş, herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Anamneze göre, hastanın birkaç sene önce çekirdim dediği sol alt 1. molar diş de; alınan periapikal film sonucu, kök çevresinde görülen ve enfeksiyon olarak değerlendirilen, PSD görüntüsü üzerine çekilmiştir. Böylece hasta bize başvurmadan önce 2 adet dişini, PSD'nin yanlış yorumu sonucu kaybetmiş, 5 dişini de çekim teklifi aldığı belirtilmiştir.

Radiografik ve klinik tetkikler sonucunda benign nonodontojenik bir lezyon ön tanısı ile yeni çekilmiş olan, sağ alt 1. molar dişin çekim kavitesinden girilerek kemik içindeki lezyon çıkarılıp, histopatolojik inceleme için patolojiye gönderilmiştir. Histopatolojik rapora göre; sellüler görünümde fibröz bağ dokusundan oluşan bir stroma üzerinde yer alan dens sement kitlelerinden oluşan lezyon izlendiği ve bunun periapikal sement displazi ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (Resim 3).

Apexlerinde PSD'nin çeşitli evreleri izlenen diğer dişler takip altına alınmış, herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. Hastaya da bu dişlerin çekimine gerek olmadığı anlatılmıştır.



Resim 1. Hastanın panoramik radyografisi.



Resim 2. PSD'li bölgelerin periapikal radyografileri.



Resim 3. PSD'nin histopatolojik görünümü, X400

## TARTIŞMA-SONUÇ

PSD, genellikle alt anterior dişlerin apexlerinde izlenir.<sup>2,3,5,6</sup> Hastamızda üst kanin diş ve alt-üst 1. ve 2. molar dişlerin apexlerinde izlenmektedir.

Siyah ırkta daha çok izlendiği ve erkeklere oranla bayanlarda daha çok görüldüğü rapor edilmiştir.<sup>2,3,5,6</sup> Bizim hastamız da bayan fakat beyazdır.

PSD ancak radiografik tetkik ile görülebilir, genellikle herhangi bir semptom vermezler. 1. Evrede kronik inflamatuvar lezyonlarla karıştırılması yanlış tedavi uygulamasına neden olabilir. Soliter lezyonlarda ise tanı koymak daha zordur, kesin teşhis için biyopsi gereklidir.

Sonuç olarak, dental şikayet ile gelen her hastanın, gerek şikayet bölgesi, gerekse diğer bölgeler ciddiyet ile incelenmeli, radyografi mutlaka alınmalı, radyografide görülen her periapikal lezyona enfeksiyon teşhisi konulmalı, daha temkinli ve dikkatli olarak diğer lezyonların da olabileceği unutulmamalıdır. Diş çekimi için acele edilmemeli, gerekirse biyopsi alınmalıdır. Bu dikkat, hastanın kaybedilecek bir dişini kurtarabilir. Bu makalede, periapikal bölgedeki görüntünün enfeksiyon olarak değerlendirilmesi sonucu gereksiz yere diş çekilmiş bir hasta sunulmuştur.

#### KAYNAKLAR

1. Günhan Ö: Oral ve maksillofasial patoloji. Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd.Şti, 2001, 158-159.
2. Mocan A, İçten O, Duran S, Tuncer N: Fibröz displaziye uyabilecek maksiller benign non-odontojenik tümör-olgu raporu.D.Ü.Dışhek.Fak.Der. 1(2):87-90, 1990
3. Smith S, Patel K, Hoskinson E: Periapical cemental dysplasia: a case of misdiagnosis. British Dental Journal 185:122-123, 1998
4. Thoma K H.Oral Pathology: St.Louis:C V Mosby Co 1954 s. 1201-1209
5. Waldron Charles A: Fibro-osseous lesions of the jaws.J.Oral Maxillofac. Surg.51:828-835, 1993
6. Zegarelli B V, Kutscher A H, Napoli N, Hoffman P: The cementoma:A study of 230 patient with 435 cementomas. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.17:19-24, 1964

#### Yazışma Adresi:

**Doç.Dr.Nihat TUNCER**

Ankara Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve

Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

06500 Beşevler/ANKARA

Tel: 2126250

Fax:2123954