

OLGU BİLDİRİMİ

ALT ÇENEDE LOKALİZE PSAMMOMATOİD OSSİFYİNG FİBROMA: OLGU RAPORU*

PSAMMOMATOİD OSSİFYİNG FİBROMA LOCALIZED ON THE MANDIBLE: CASE REPORT

Zühre ZAFERSOY AKARSLAN¹ Defne AKPINAR² Sevil ALTUNDAĞ KAHRAMAN³

ÖZET

Psammomatoid ossifying fibroma, benin bir fibro-osseöz lezyondur. En sık sinonazal bölgede görülmekle birlikte nadir olarak üst çene, alt çene ve kraniumda da lokalize olabilir. Bu olgu raporunda, 39 yaşındaki kadın hastada panoramik radyografa alt çene büyük azı bölgesinde iyi sınırlı, radyolüsent alan şeklinde görülen ve histopatolojik inceleme sonucunda psammomatoid ossifying fibroma tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ossifying fibroma, alt çene, radyografi, panoramik

SUMMARY

Psammomatoid ossifying fibroma is a benign, fibro-osseous lesion. The most frequent location is the sinonasal area, however, rarely it could be localized in the maxilla, mandible and cranium. In this case report, a well-circumscribed unilocular radiolucency present at the mandibular molar region seen on the panoramic radiograph diagnosed as a psammomatoid ossifying fibroma according to histopathologic investigation in a 39 year old female is being reported.

Key Words: Ossifying fibroma, mandible, radiography, panoramic

Makale Gönderiliş Tarihi : 06.12.2011

Yayına Kabul Tarihi : 02.05.2012

**Bu olgu sunumu Ege Bölgesi Diş Hekimleri Odaları 11. Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisinde yazılı bildiri olarak sunulmuştur.*

¹Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

²Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Patoloji Anabilim Dalı, Dr.

³Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

GİRİŞ

Ossifying fibroma (cemento-ossifying fibroma; cementifying fibroma), benin, fibro-osseöz bir lezyondur. Klinik ve histopatolojik olarak; geleneksel ve juvenil (agresif) olmak üzere iki formu vardır. Geleneksel formu en fazla erişkin bireylerde ve alt çenede ortaya çıkmaktadır¹³. Genellikle daha yavaş büyümekte ve ileri safhalarda hastada şişâyet oluşturmaktadır^{4,11}.

Juvenil formu, histopatolojik olarak trabeküler tip ve psammomatoid tip olmak üzere ikiye ayrılmaktadır^{1,2,13}. Juvenil trabeküler tip, daha erken yaşlarda ve en sık olarak üst çenede, daha az olarak da alt çene ve sinusal bölgede görülmektedir. Psammomatoid tipi ise bunlardan farklı olarak en fazla sinusal bölgede lokalize olmakla birlikte, daha az sıklıkla da üst çene, alt çene ve kraniumda görülebilmektedir¹³. Trabeküler tipte woven kemik ve fibriller osteoid dokusu bulunurken, psammomatoid tipte psammoma gövdelerini andıran küçük küre şeklinde kalsifiye yapılar bulunmaktadır³. Geleneksel tipin tersine, juvenil formu birçok olguda daha agresif davranıp, hızlı büyüme göstermekte ve kısa sürede fasiyal şişliğe neden olabilmektedir^{4,11}.

Geleneksel ve juvenil tip lezyonların radyografik bulguları birbirlerine benzerlik göstermekle birlikte, birtakım farklılıklar da bulunabilmektedir. Genel olarak hepsi iyi sınırlı, içeriğindeki kalsifiye yapıların maturasyon miktarına göre tamamen radyolüsent veya farklı derecelerde radyoopasite gösteren radyolüsent alan şeklindedir. Lezyon, ilişkide olduğu dişlerde yer değiştirme ve kök rezorpsiyonuna neden olabilmektedir. Buna ilave olarak juvenil tipi ekspansiyon oluşturmaya meyillidir^{6,10,12,13}.

Bu olgu raporunda, yüzünde şişlik şikayeti ile başvuran ve panoramik radyografıta alt çene büyük azı bölgesinde iyi sınırlı, radyolüsent görüntü veren ve histopatolojik inceleme sonucunda psammomatoid ossifying fibroma tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

39 yaşındaki, kadın hasta, alt çenesinde son zamanlarda fark ettiği ağrısız, sert şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalığının ve düzenli olarak kullandığı bir ilacın olmadığı öğrenildi. Ağız dışı muayenede, sol alt çene bölgesinde, angulus mandibulanın 2-3 cm önünde, alt çene kenarının yaklaşık 1 cm üzerinde bir şişlik saptandı. Şişlik üzerindeki cilt dokusu normal renkte

idi. Bölgenin palpasyonunda sert bir kitle tespit edildi. Sol submandibular ve servikal lenf bezlerinde lenfadenopati saptanmadı. Ağız içi muayenede, alt çenede sol vestibül bölgede üzerindeki mukozada bütünlüğü bozulmamış, renk değişikliği olmayan bir ekspansiyon alanı izlendi (Resim 1). İlgili bölgedeki küçük azı ve büyük azı dişlerinde, çürük veya periodontal kaynaklı bir patoloji tespit edilmedi. Küçük azı ve büyük azı dişlerine yapılan elektrikli pulpa testinde dişlerin vital olduğu belirlendi. Çekilen panoramik radyografıta etrafında sklerotik hat bulunmayan, iyi sınırlı, 1. büyük azı dişin köklerinde rezorpsiyona neden olan, 2. küçük azı ve 2. büyük azı dişlerinin köklerine komşu olan uniloküler, radyolüsent alan tespit edildi (Resim 2). Klinik ve radyolojik muayene sonucunda lezyonun bir odontojenik kist, odontojenik tümör veya ossifying fibroma olabileceği düşünüldü. Bunun üzerine insizyonel biyopsi yapılmasına karar verildi. Yapılan insizyonel biyopsi sonucunda lezyona ossifying fibroma tanısı konuldu. Bunun üzerine lezyonun cerrahi olarak eksize edilmesine karar verildi. Lokal anestezi altında, mukoperiosteal flep kaldırılarak bölgeye ulaşıldı. Lezyonun ince bir kortikal kemikle çevrili olduğu izlendi. Bu kemik dokusu, kemik pensi ve cerrahi frezler yardımıyla kaldırıldı. Lezyon sağlıklı kemik dokuya ulaşana kadar kürete edildi. Bölgedeki 1. büyük azı di-



Resim 1. Hastanın ağız içi görüntüsü



Resim 2. Hastadan teşhis için alınan panoramik radyograf

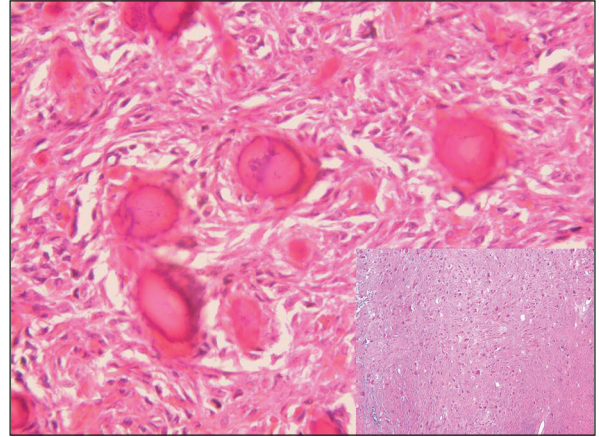
şin köklerinde rezorpsiyon olduğu için ekstraksiyonu gerçekleştirilirken, 1. küçük azıların kök ucu operasyon sırasında açığa çıktığı ve lezyonla ilişkide olduğu için kanal tedavisi ardından apikal rezeksiyonu yapıldı. Hastanın isteği üzerine ve daha önce o dişle ilgili ağrı şikayeti olduğu için, aynı bölgedeki alt yirmi yaş dişide aynı seansta ekstrakte edildi. Lezyonun eksizyonu sonrası komşu kemik dokular freze edildi. Çıkarılan doku, histopatolojik değerlendirilmeye gönderildi. Yapılan histopatolojik incelemede, fibroblastik/fibrohistiyositik karakterdeki hücrelerden oluşan sellüler zemin üzerinde gelişen sayısız ve farklı büyüklükte sementikel benzeri sferüler kalsifiye yapılar görüldü. Lezyonu oluşturan hücreler yuvarlak-oval şekilli, soluk boyanmış, ince kromatin taneli nükleusları olan, sitoplazmik sınırları iyi seçilemeyen hücrelerden oluşmaktaydı. Bu hücrelerin bazı alanlarda girdapsı patternde dizilim gösterdiği dikkat çekti. Sementikel benzeri yapıların çevresinde, genellikle ışınsal dağılımda ve doğrudan fibrosellüler dokuya karışan, oldukça kalın, mineralize olmamış sementoid benzeri fibriler bağ dokusu mevcuttu. Aralarda osteoblastik hücrelerce oluşturulan woven kemik trabekülleri bulunmaktaydı. Bağ dokusu, yer yer hücreden daha fakir ve gevşek bir karaktere sahipti. Hücrelerde, nükleer atipi, pleomorfizm veya göze çarpan mitotik aktivite görülmedi (Resim 3). Bu görüntü dahilinde lezyona psammomatoid ossifying fibroma tanısı konuldu.

Hastada, postoperatif olarak herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadan iyileşme sağlandı. Hastanın periyodik takibi sırasında 1,5 yıl sonra alınan panoramik radyografda lezyonun bulunduğu bölgedeki defektin iyileştiği gözlemlendi (Resim 4). Olası bir rekürrens için hastanın periyodik olarak kontrollerine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Ossifying fibroma klinik ve histopatolojik olarak maksillofasiyal bölgenin bir grup lezyonunu tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir. Ossifying fibroma lezyonunun hangi alt gruba girdiğinin belirlenmesi, akademik öneminin dışında, bazı tiplerinin agresif özellik taşımasından ve rekürrens gösterme potansiyelinin yüksek olmasından dolayı, doğru tedavi yönteminin seçilmesinde de önem taşımaktadır³.

Psammomatoid ossifying fibroma, fibro osseöz lezyonlar arasında nadir görülen bir lezyondur⁹. Literatürde, genellikle çocuklarda, daha az olarak da



Resim 3. A: Psammomatoid tanısı alan olgunun histolojik görünümü (H&E, x40); **B:** Nispeten daha az selülerite gösteren stromada farklı büyüklüklerde sferüler yapıdaki sementikel benzeri kalsifiye yapılar (→) (H&E, x400)



Resim 4. Hastadan takip için alınan panoramik radyograf

erişkinlerde görüldüğü bildirilmektedir⁸. Lezyonların büyük bir çoğunluğunun 5-15 yaşları arasında görüldüğü, bununla birlikte 5. ve 6. dekatlarda da görüldüğünü bildiren olgu raporları mevcuttur². Jhonson ve arkadaşları⁵ lezyonun 3 aylık ile 72 yaş arasındaki bireylerde görülme yaşının ortalama olarak 21 olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, lezyonun erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğünü ve bu oranının 1.2:1 olduğunu rapor etmiştir. Rapor edilen bu olgu, 39 yaşında kadın hasta olup, genel anlamda yaş ve cinsiyet genellemesinden farklılık göstermektedir.

Brannon ve Fowler² lezyonların yaklaşık olarak % 72'sinin orbita ve paranasal sinüslerde lokalize olduğunu, bunu % 11 ile kalvarium, % 10 ile üst çene ve % 7 ile alt çenenin izlediğini bildirmişlerdir. Sunulan olgudaki lezyon ise oldukça nadir bir lokalizasyon olan alt çenede bulunmaktadır.

Psammomatoid ossifying fibroma lezyonları olguların çoğunluğunda agresif özellikler göstermekte ve anevrizmal kemik kisti ile birlikte de görülebilmektedir. Genç hastalarda, lezyonun üst çenede yerleşim göstermesi ve anevrizmal kemik kisti bulunması durumunda lezyonun daha agresif büyüme davranışı sergilediği düşünülmektedir^{3,7}. Bu olguda anevrizmal kemik kisti yoktu. Ayrıca lezyon büyüklük ve düzgün sınırları açısından çok fazla agresif özellik göstermemekle birlikte, sol 1. büyük azı kökünde rezorpsiyon yapmış olması ve ekstraoral şişlik oluşturması lezyonun agresifliğini düşündürmektedir.

Psammomatoid ossifying fibroma lezyonları ilişkide oldukları dişlerde yer değiştirmeye ve diş köklerinde rezorpsiyona neden olabilmektedir. Radyografik olarak iyi sınırlı, içeriğindeki kalsifiye yapıların maturasyon durumuna göre değişen derecelerde radyoopasite gösteren radyolüsent alan şeklinde izlenmektedir. Lezyon iç yapısının radyoopasite gösterilmesi kalsifiye yapıların maturasyon derecesi ile ilişkili olduğundan, başlangıç halindeki lezyonlar tamamen radyolüsent olarak görülebilmektedir. Lezyon büyüme karakterine bağlı olarak genellikle ekspansiyon yapmaktadır^{6,10,12,13}. Olgumuzdaki lezyon da ekspansiyon gösteren ve diş köklerinde rezorpsiyon oluşturan, fakat iç yapısı radyolüsent olan iyi sınırlı bir alan şeklinde idi. Lezyon iç yapısının radyolüsent olarak görülmesi mineralize olmamış sementoid benzeri fibriler bağ dokusu içermesinden kaynaklanmaktaydı.

Literatürde lezyonun tedavisinde konservatif cerrahi eksizyonun yeterli olduğu bildirilirken,⁹ infiltratif sınırları bulunan bazı olgularda bunun yeterli olmadığı ve anatomik ilişkinin değerlendirilerek geniş sınırlı cerrahi işlemle tedavi edilmesi gerektiği bildirilmektedir². Lezyonun rekürrens gösterebileceği de rapor edilmektedir. Literatürde bildirilen rekürrens oranı % 20-56 arasında değişmektedir². Sunulan olguda, lezyon sınırları düzgün ve lokalize olduğu için cerrahi eksizyon gerçekleştirilirken, komşuluğundaki dişlerden biri çekilmiş, diğerine ise kök ucu rezeksiyonu yapılmıştır. Bilgilerimiz dahilinde, literatürde malign transformasyona uğrayan herhangi bir olgu rapor edilmemiştir.

Histolojik olarak psammomatoid ossifying fibroma, kraniofasial bölgelerdeki diğer fibro-osseöz lezyonlar ile benzerlik göstermekle birlikte, ayırıcı tanısı sementikel benzeri sferüler kalsifiye yapıların görülmesi ile yapılmaktadır. Erken dönem lezyonla-

rında daha selüler bir görünüm mevcutken, yaşla beraber sementikel sayısı ve boyutu artmaktadır. Hücreden daha fakir alanları, aktif büyüme gösteren alanlar olarak kabul edilmektedir^{1,2,13}. Bu olgudaki histopatolojik incelemede, fibroblastik/fibrohistiyositik karakterdeki hücrelerden oluşan sellüler zemin üzerinde gelişen sayısız ve farklı büyüklükte sementikel benzeri sferüler kalsifiye yapılar görüldüğü için, başka lezyonlarla ayırıcı tanısı kesin olarak yapılmıştır. Sementikel benzeri yapıların çevresinde, genellikle ışınsal dağılımda ve doğrudan fibrosellüler dokuya karışan, oldukça kalın, mineralize olmamış sementoid benzeri fibriler bağ dokusu mevcuttu.

Sonuç olarak, psammomatoid ossifying fibroma lezyonları nadir de olsa çene kemiklerinde de lokalize olabilmektedir. Bu nedenle radyografik ve histopatolojik incelemelerde ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Head and neck tumors. In: Gnepp DRE. World health organization classification of tumors pathology & genetics. ed. France: IARC Press, 2005; 319-320.
2. Brannon RB, Fowler CB. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. Adv Anat Pathol 2001; 8: 126-143.
3. El-mofty S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: Two distinct clinicopathologic entities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93: 296-304.
4. Hemalatha VT, Austin RD, Mathew P. Juvenile Ossifying Fibroma Masquerading as Maxillary Sinus Malignancy: Case Report. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012; 16: 305- 310.
5. Johnson LC, Yousefi M, Vinh TN, Heffner DK, Hyams VJ, Hartman KS. Juvenile active ossifying fibroma. Its nature, dynamics and origin. Acta Otolaryngol Suppl 1991; 488: 1-40.
6. Kayaaltı Özarslan S, Koçer G, Toptaş O, Baykul T. Semento-ossifiye fibroma: olgu raporu. SDÜ Diş Hek Fak Derg 2010; 2: 71-76.
7. Nasser MJ. Psammomatoid ossifying fibroma with secondary aneurysmal bone cyst of frontal sinus. Childs Nerv Syst 2009; 25: 1513-1516.
8. Pavankumar K. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. J Indiana Dent Assoc 2010; 89: 29-32.
9. Pirana S, Zerati F, Voegels R, Maia R. Psammomatoid ossifying fibroma. Rhinology 2003; 41: 250-252.
10. Sarwar HG, Jindal MK, Ahmad SS. Cemento-ossifying fibroma-a rare case. J Indi Prev Dent 2008; 26: 128-131.
11. Smith SF, Newman L, Walker DM, Papadopoulos H. Juvenile aggressive psammomatoid ossifying fibroma: an interesting, challenging, and unusual case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67: 200-206.
12. Sopta J, Dražić R, Tulić G, Mijučić V, Tepavčević Z. Cemento-ossifying fibroma of jaws-correlation of clinical and pathological findings. Clin Oral Investig 2011; 15: 201-207.
13. Speight PM, Carlos R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. Current Diag Pathol 2006; 12: 1-10.

Yazışma Adresi

Doç. Dr. Zühre ZAFERSOY AKARSLAN
Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Ankara
e-posta: dtzuhre@yahoo.com