

## BİR OLGU NEDENİ İLE SKLEROZAN GARRE OSTEOMYELITİ

Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU\*, Dt. Salih SARAÇGİL\*\*, Doç. Dr. Derviş YILMAZ\*\*\*

### Ö Z E T

4.5 yaşında bir kız çocuğunda sol mandibular bölgede sklerozan garre osteomyelitis vakası bildirilmiştir. Garre osteomyeliti hastanın ağrısı, şişlik ve dudaktaki parestezi nedeniyle başvurusu ile yapılan klinik, radyolojik ve laboratuvar muayeneleri sonucunda saptanmıştır. Operasyon genel anestezi altında yapılmış ve tanı histopatolojik bulgular ile teyit edilmiştir.

Anahtar Kelime : Sklerozan garre osteomyeliti.

### GİRİŞ

Osteomyelitis, çenelerin sıklıkla görülebilen nonspesifik destrüktif bir hastalıdır. Genel anlamda, piyojenik mikroorganizmalar tarafından, kemiğin hem kortikal hem de spongios tabakasında meydana getirilen enfeksiyonlardır. Garre osteomyelitis ise osteomyelitisin prodüktif bir formudur. Virulansı az olan mikroorganizmaların neden oldukları enfeksiyonlar olarak kabul edilmektedir. Araştırmacılar klinik olarak garre osteomyelitisini uzun kemiklerin periostiumunda tam kalınlık periferik reaktif kemik formasyonu olarak tanımlamışlardır. Bu durum, diğer araştırmacılar tarafından kronik nonsupuratif sklerozan osteitis veya periostitis ostifikans olarak yorumlanmıştır (1, 6, 11, 12, 14, 17).

Garre osteomyelitis, klinik olarak sert bir şişlikle beraber nonsupuratif gelişen bir hastalıktır. Makroskopik olarak cerrahi erime saha-

### SUMMARY

#### Sclerosing Osteomyelitis of Garre : A Case Report

A case of sclerosing osteomyelitis of garre in left mandibular area in a female patient of age 4.5 has been reported. Garre osteomyelitis was diagnosed with clinical, radiological and laboratory examinations after the patient's admittance with complaint of pain, swelling and paresthesia on the lip. The surgical procedure was managed under general anesthesia and the diagnosis was confirmed by the histopathological evidences.

Key Words : Sclerosing Osteomyelitis of Garre.

ları yoktur. Histolojik olarak mikroabseler ve mikrorosekterler görülebilir. Sıklıkla alt çenede görülen bu hastalık, diffüz olan kemik yapısı değişmesi ile birlikte genişleyen kemik yapısı ile karakterizedir (14, 17, 21). Hastalar zaman zaman nevraljiform ağrılardan şikayetçi olurlar. Baskıda ağrı çok azdır veya yoktur. Von Merkesteyn (17, 18), yaptığı çalışmalarda enfeksiyöz ajanın, kemiğin korteks çevresindeki periostun içerisinde lokalize olduğunu göstermiştir. Yine aynı araştırmacı, kemikteki kitlenin artmasını, enfeksiyon nedeniyle periosteal osteoblastların orta dereceli toksik stimülasyonuna bağlamıştır.

Şişliğin sürekli olarak kaldığı ve kemik yapısının kalınlaştığı durumlarda, klinik ve radyolojik

\* Sosyal Sigortalar Hast. Kulak - Burun - Boğaz Kliniği Uzman Doktoru.

\*\* G.Ü. Dişhek. Fak., A.D.Ç.H. ve C.A.B.D. Araş. Gr. Dt.

\*\*\* G.Ü. Dişhek. Fak., A.D.Ç.H. ve C.A.B.D. Öğr. Üyesi.

muayene şarttır. Gorlin ve Goldman (6) periositis ossifikans (Garre Osteomyelit) vakalarında radyolojik olarak soğan kabuğu görüntüsünün hakim olduğunu ve görüntünün tanı için tipik olduğunu bildirmişlerdir (17, 18, 21).

Garre osteomyelitisin görüldüğü pek çok vaka odontojenik kaynaklıdır. Bölgede odontojenik enfeksiyonun mevcut olmadığı durumlarda, etyolojik faktör bölgedeki yaralanmalar veya nodontojenik enfeksiyonlar olabilir (17, 21).

Subperiostal hematoma, yabancı cisim reaksiyonu, uygun olmayan doz ve sürede kullanılan antibiyotik, düşük virulanslı mikroorganizmalar garre osteomyelitisinin oluşmasında rol oynayabileceği gibi pek çok vakada gerçek etyolojik ajan bulunamaz (1, 6, 17, 18, 21).

Ayırıcı tanıda Ewing sarkomu, odontojenik sarkom, fibröz displazi, kondrosarkom, paget, santral giant celi granüloma, kaffey hastalığı dikkat çeker. Ancak garre osteomyelitisin farkı etyolojik faktörün ortadan kalkması ile tedaviden sonuç alınmasıdır (1, 17, 18, 21).

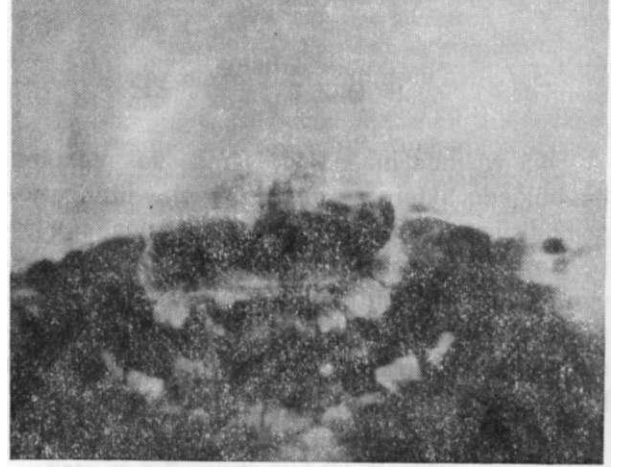
### VAKA TAKDİMİ

20.7.1992 tarihinde kliniğimize başvuran S.K. 4.5 yaşındaki kız çocuğu sol mandibula bölgesindeki yaygın şişlik ve ağrı şikayeti ile muayene edildi.

Hastanın yakınlarından alınan anemnezde 6 ay evvel sol süt V no'lu dişten kaynaklanan bir ağrı oluştuğunu ve yüzünün şiştiğini, yaklaşık 15 gün intramusküler antibiyotik tedavisi uygulandığını ve antibiyotik baskısında dişlerin çekildiği öğrenildi. Ancak son 25 günde aniden bir şişmenin ortaya çıktığını ve şişliğin süratle büyüdüğü, son bir haftadır dudakta hissizliğin başladığı tespit edildi.

Hastanın yapılan klinik muayenesi sonucunda, kitlenin sert bir yapıda olduğu, intraoral vestibul sulkusun dolgun olduğu ancak mukozanın normal görünümde olduğu belirlendi. Tanıyı kuvvetlendirmek amacı ile ponksiyon yapıldı. Ancak herhangi bir sıvı aspire edilemedi, yapılan lenf muayenesi sonucunda sol tarafta submandibuler lenf nodlarının ateke olduğu dikkat

çaktı. Bölgeden alınan periapikal filmlerde teşhise yönelik bulgular gözlenemedi. Panoramik ve okluzal filmlerde sol simfiz bölgesinden ramusun ön kenarına kadar uzanan geniş bir radyolusensi ve bu yapıyı dışa doğru saran soğan kabuğunu andıran kemik kalınlaşması gözlemlendi (Resim 1,2).



Resim 1. Hastadan operasyon öncesi alınan panoramik radyografi.



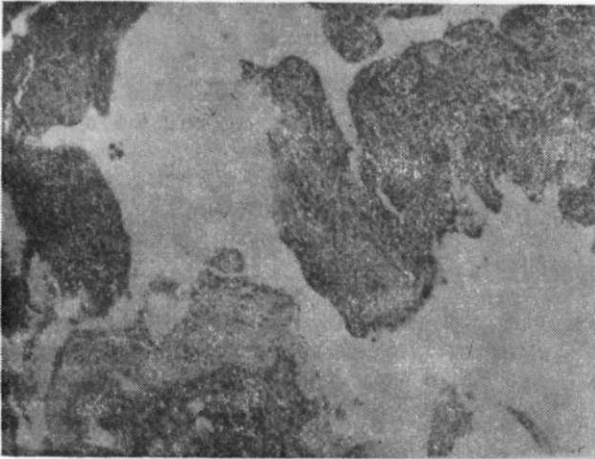
Resim 2. Hastadan operasyon öncesi alınan okluzal radyografi.

Hastanın yapılan tam kan tetkiklerinde, lökositoz dışında herhangi bir veriye rastlanmadı. Yapılan tüm klinik, radyolojik ve laboratuvar testlerini takiben 04.08.1992 tarihinde operasyona alındı. Genel anestezi altında sol süt IV no'lu dişin yaklaşık 1.5 cm. distalinde kret tepesinden başlayan insizyon, sağ süt lateral dişin dis-

talinden vertikal insizyonla birleştirilip mukoperiosteal lambo dekole edildi. Bu işlemi takiben, tam kalınlık flebin altını tamamen kaplayan granülasyon dokusu ve osteitli yapı belirlendi. Kitle tüm korpusu içine alacak şekilde yerleşmiş ve bir miktarda mandibulanın altına dolanarak medial yüze doğru devam etmekteydi. Kitle, sağlam kemik dokusuna kadar kürete edilerek temizlendi. Küretaj sırasında 1.5 mm. boyunda ufak bir kök parçasına rastlandı. Mental sinir kitlenin içerisinde olduğu için kesilmek zorunda kalındı. Küretajı takiben, kanama kontrolü yapıp bölgenin irrigasyonunu takiben mukoperiosteal lambo 3.0 ipek sütürle dikildi. Bölgeden alınan cerrahi materyalin histopatolojik incelenmesinde kronik enflamasyonla buna reaktif fibrotik doku örnekleri saptandı (Resim 3,4).



Resim 3. Yer yer kanama ve kalsifikasyon gösteren geniş lenfoplazmosit iltihabi infiltrasyon içeren doku odası. (H.E.x20)



Resimh 4. Kemik trabekülleri arasında fibröz doku [H.E. x40).

## TARTIŞMA

Kortikal kemik ve periostiumun, irritasyona neden olabilen bir etken sonucu fokal kalınlaşması olarak bilinen skleroze garre osteomyeliti Cari Garre tarafından 1893'de tanımlanmıştır(16). Kronik nonsuppuratif skleroze osteomyelitis, proliferatif periostitis, periostitis ossifikans, osteomyelitis sicca olarak da bilinmektedir (11, 16,21).

Garre osteomyelitinin görülme sıklığının maksillaya göre mandibulada daha yaygın olduğu pek çok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır. Ancak yapılan bir klinik çalışmada 11 adet maksiller sklerozan osteomyelitis vakası tanımlanmış ve mandibulanın yanı sıra maksiller bölgede de olayın şekillenebileceği belirtilmiştir (1,8).

Eisenbud ve arkadaşları (2), garre osteomyelitinin genellikle çenenin dörtte birini etkilediğini, sıklıkla mandibulada lokalize olduğunu belirtmişlerdir. Vakamızda kitle simfiz bölgesinden ramus bölgesine kadar uzanmaktaydı.

Kaynaklarda 45 ve 55 yaş gibi ileri yaşlarda vakalardan da bahsedilmekle birlikte (6, 9) sklerozan osteitis genellikle gençlerde ve çocuklarda görülür (5, 17). 4.5 yaşındaki vakamızda bu desteklemektedir.

Pek çok vaka odontojenik orijinlidir. Odontojenik enfeksiyonun yokluğunda, yaralanmalar veya nonodontojenik enfeksiyonlar etyolojik faktör olarak dikkat çeker. Hastalık kemiğin neoplastik, enflamatuvar, metabolik, developmental rahatsızlıklardan da gelişebilir (3,4, 5, 7, 13, 21). Vezuv ve arkadaşları (19), squamoz celi karsinoma varlığı olan bir hastada kronik osteomyeliti rapor ederken, Shayer (15), Akdeniz anemisinin neden olduğu 5 sklerozan osteomyelitis vakası bildirmiştir. Etiyolojik faktörün arandığı diğer bir çalışmada ise çene kaslarının çok kullanımına bağlı olarak meydana gelen kronik tendoperiostitisin, mandibulada diffüz sklerozan osteomyeliti meydana getirdiği rapor edilmiştir (18). Tüm bu etyolojik faktörlere rağmen, Lichty ve arkadaşları (10) inceledikleri 37 garre osteomyeliti vakasının 5'inde bölgede herhangi bir etyolojik ajan saptayamamışlardır. Vakamızda, etyolojik ajanın, 6 ay evvel çekilen süt V no'lu dişin çekim sırasında kalan enfekte kökü olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan tüm çalışmalarda lezyonun tamamen kürete edilip çıkartılması gereğini vurgulamıştır (11,12). Vakamızda da lezyonun tüm sınırları radyolojik olarak ameliyat öncesi belirlenerek, ameliyatta lezyonun tamamı çıkartılmıştır.

Ewing sarkomu, odontojenik sarkom gibi neoplastik hastalıklarda periostiumda, proliferatif reaksiyona sebep olması nedeniyle garre osteomyelitisten ayırt edilmesi gereken hastalıklardır. Klinik ve radyolojik veriler açısından lezyon, Ewing sarkomuna benzer bir görünüm göstermektedir. Kaffey hastalığı klinik ve radyolojik değerlendirmede garre osteomyelitini andırır. Ancak lezyonun gerçek ayırımı, histopatolojik incelemeler sonucunda ortaya çıkmıştır (1, 14, 17,21). Kemik içi hemanjiomlarda ağrı nadirdir ve lezyonun klinik seyri oldukça yavaş ve sessizdir. Anatomik olarak fibröz displazi, bölgeye uygun olsa bile klinik olarak çok yavaş gelişen bir lezyondur. Ayrıca fibröz displazide parestezi, lenf nodiarında genişleme gözlenmediği gibi fasial asimetri çok ileri vakalarda ve oldukça nadir gelişir (6, 21). Bu vakadaki lezyon, çok hızlı bir şekilde genişlemiş ve beirgin bir fasial asimetri, parestezi ve lenfadenopatiye neden olmuştur.

Ayrıca tanıda düşünülmesi gereken kondrosarkom, erişkin bireylerde özellikle 20-30 yaş, ortalama 40 yaş civarında gözlenir ve maksilla, mandibulaya nazaran olaydan daha çok etkilenir (21).

Paget, genellikle, yaşlı bireylerde gözlenen bir rahatsızlık olup erkeklerde daha sıktır ve sıklıkla maksillayı etkiler. Brown tümörü ve hiperparatiroidizm ayırıcı tanıda düşünülen diğer bir olgudur (1, 16, 20). Ancak preoperatif yapılan kan tetkiklerinde hastada serum kalsiyum ve alkalen fosfataz seviyesi ve tüm kan değerleri normal bulunmuştur. Retinablastom ve Orob-lestoma ise oldukça nadir görülen lezyonlar olup genellikle maksillayı etkilerler (21).

Vakada Garre osteomyeliti için önerilen tek ve en radikal tedavi yöntemi olan cerrahi seçilmiştir. Yaşı küçük olan ve gelişimi devam etmekte olan hastanın postoperatif takibi devam etmektedir.

#### K A Y N A K L A R

1. Bhaskar, S.N.: Synopsis of Oral Pathology. Sixth ed. The C.V. Mosby. Comp. St. Louis, Toronto-London, 1981.
2. Eisenbud, L, Miller, J., Robert, L.: Garre's proliferative periostitis occurring, simultaneously in four quadrant of the jaws. Oral Surg., 172-8, 1981.
3. Ellis, D.J., Winslow, J.R., Indovina, A.A. : Garre's osteomyelitis of the mandibula. Oral Surg., 44 : 183-9, 1977.
4. Eversole, R.R., Leidor, A.S., Carwin, J.O., Karian, B.K.: Proliferative periostitis of Garre its differentiation from other neoperiostoses. J. Oral Surg., 37: 725-31, 1979.
5. Felsberg, G.J., Garre, R.L., Schevveitzer, M.E. and Jui, V. : Sclerosing osteomyelitis of Garre (periostitis ossificans). Oral Surg., Oral Pathol., 70(1): 117-20, 1990.
6. Gorlin, Robert, J., M. Henry. Thoma's Oral Pathology. The C.V. Mosby Company, St. Louis, p : 372-3, 1970.
7. Grime, P.D., Bowerman, J.E., Weller, P.J.: Gentamicin impregnated polymethyleme-thacrylate (PMMA) beadsin treatment of primary chronic osteomyelitis of the mandible. Br. J. Oral Maxillofac. Surg., 28 (6) : 367-74, 1990.
8. Kanedo, T., Yamamoto, H., Suziki, H., Ozawa, M.: A Clinicoradiological study of maxillary osteomyelitis. J. Nihon Univ. Sch. Dent., 31 (2) : 464-9, 1989.
9. Lawoyin, D.O., Daramola, J.O., Hjadbe, H.A., Nyaka, E.A., Lawayin, J.O.: Osteomyelitis of the mandible associated with osteopetrosis report of a case. Br. J. Oral Maxillafac. Surg., 26 (4): 330-5, 1966.
10. Lichty, G., Langlais, R.P., Aufolemorte, T. : Garre's osteomyelitis literatüre review and case report. Oral Surg., 50 : 309-13, 1980.
11. Moore, J.R. : Surgery of the Mouth and Jaws. Blackwell Scientific Publications, London, 5 the Ed., 1985.
12. Peterson, J., Larry, Ellis Edvard, Hupp, R., James, Tucker R. Mayran : Contemporaray Oral and Maxillo-facial Surgery, The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1988.
13. Reck, S.F., Fielding, A.F., Hess, D.S. : Osteomyelitis of the corcnoid process secondary to chronic mandibuler third molar pericoronitis. J. Oral Maxillofac. Surg., 49 (1) : 89-90, 1991.
14. Sheffer, W.G., Hine, M.K., Levy, B.M. : Textbook of Oral Pathology 4 th Ed., Philadelphia W.B. Saunders, 1983.

15. Shroyer, J.V., Lew, D., Abreo, F., Unhold, G.P. : Osteomyelitis of the mandible as a result of sickle cell disease, Report and literature review. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 72 (17): 25-8, 1991.
16. Deward, G.R., Harris, M., McGovvan, D.A. : Killey and Kay's outline of oral surgery, Part 1., 2nd. ed., W.Wright Bristol, 1987.
17. Von Merkesteyn, J.P., Groat, R.H., Bras, J., Bakker, D.J.: Diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible clinical radiographic and histologic findings in twenty seven patient. J. Oral Maxillofac. Surg., 46 (10): 285-9, 1988.
18. Von Merkesteyn, J.P., Groat, R.H., Bras, J., McCarroll, R.S., Bakker, D.J.: Diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible : a new concept of its etiology. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 70(4) : 414-9, 1990.
19. Veseau, P.J. Koorbusch, G.F., Finkelstein, M. : Invasive squamous cell carcinoma of the mandible presenting as a chronic osteomyelitis : report a case. J. Oral Maxillofac. Surg., 48 (10) : 1118-22; discussion 1123, 1990.
20. Wannfor, S.K., Lammstrom, L., Wannfor, S.K., Gazelius, B.: Blood flow in jaw bones affected by chronic osteomyelitis. Br. J. Oral Maxillofac. Surg., 29 (3): 117-53, 1991.
21. Wood, K., Norman, Goaz., W.: Differential Diagnosis of Oral Lesions. The C.V. Mosby Company, St. Louis, Second Edition, 1980.