

MANDİBULADA NÜKSEDEN OSTEOLASTOM : VAKA SUNUMU

Yrd. Doç. Dr. Ömür ATAÖĞLU*
Dr. Kemal YAMALIK**
Doç. Dr. Erdoğan İNAL***

Dr. Tülin OYGÜR*
Doç. Dr. Ergun YÜCEL**
Dr. Yusuf KEMALOĐLU***

ÖZET

Benign osteoblastom osteoid ve kemik yapımıyla karakterli az görülen bir neoplazidir. Mandibuler yerleşimse çok nadir olarak görülmektedir. Bu makalede 23 yaşında erkek bir hastanın mandibulasmda yerleşmiş ve nüsedden bir osteoblastom vakası sunulmaktadır. İlk lezyonun küretajla çıkarılmasına rağmen bir yıl içinde nüks görülmüştür. Çene yerleşimli bazı benign ve malign lezyonlardan ayrılabilmesi ve ilk cerrahi girişimin doğru planlanabilmesi için mültipl insizyonel biyopsinin gerekliliği vurgulanmış ve histopatolojik değerlendirmede ayırıcı tanı kriterleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Osteoblastom, çene lezyonları

SUMMARY

RECURRENT OSTEOLASTOMA OF THE MANDIBLE : A CASE REPORT

Benign osteoblastoma is an uncommon neoplasm of bone characterized by osteoid and bone formation. Involvement of the mandible is very rare. A case of benign osteoblastoma in the mandible of a 23 - year old male patient is presented. The lesion recur-

(*) G.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı.

(**) G.Ü. Dişhekimliği Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahi A.B.D.

(***) G.Ü. Tıp Fakültesi Kulak, Burun, Boğaz Anabilim Dalı.

OSTEOBLASTOM

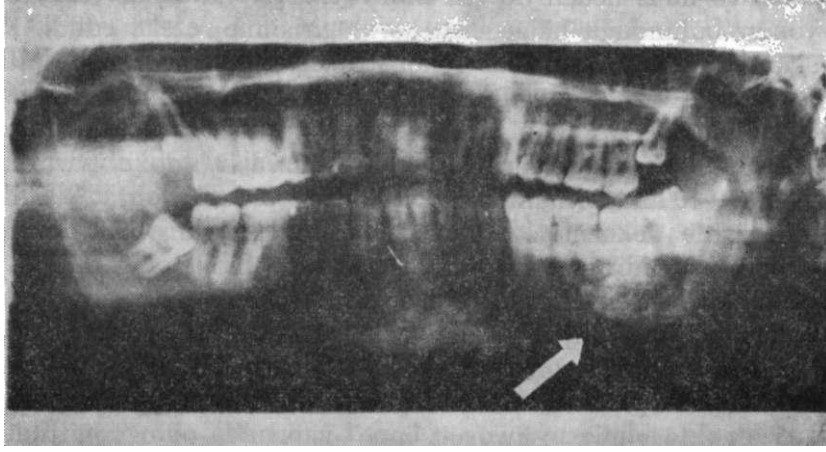
red within a year after initially curretted. The need for multiple incisional biopsies to differentiate this lesion from a variety of benign and malignant neoplasms of the mandible for proper treatment is stressed and the criterion for histopathological differential diagnosis is discussed.

Benign osteoblastom «woven bone» (lameller yapısı olmayan, iyi gelişmemiş, keçe tarzında kemik) yapımıyla karakterli az görülen bir kemik tümörüdür (10). İlk kez 1954 yılında Dahlin ve Johnson tarafından «dev osteoidosteom» adı altında bildirilmiştir (4). En çok vertebralarda, uzun kemiklerde, el ve ayaklardaki küçük kemiklerde ortaya çıkar (10). Mandibula yerleşimi ise çok nadirdir. Strandpettinen ve arkadaşları literatürde 1990 yılına kadar bu şekilde yerleşim gösteren 33 vaka saptamışlardır (17). Her ne kadar benign olsalarda bu tümörlerde agresif davranış (6) yada sarkomatöz değişim (11) görülebilmektedir. Maksillada da «agresif» osteoblastom vakası bildirilmiştir (12). Colm ve arkadaşları nüks gösteren mandibula yerleşimli bir osteoblastom vakası sunmuşlardır (3). Nadir görülse de mandibuler osteoblastomlar nüksdebilmeleri ve histolojik olarak osteosarkomlara benzeyebilmeleri nedeniyle önem taşımaktadır. Bu makalede nükseden mandibula yerleşimli bir osteoblastom vakası sunulmuştur.

Key words : Osteoblastoma, jaw lesions

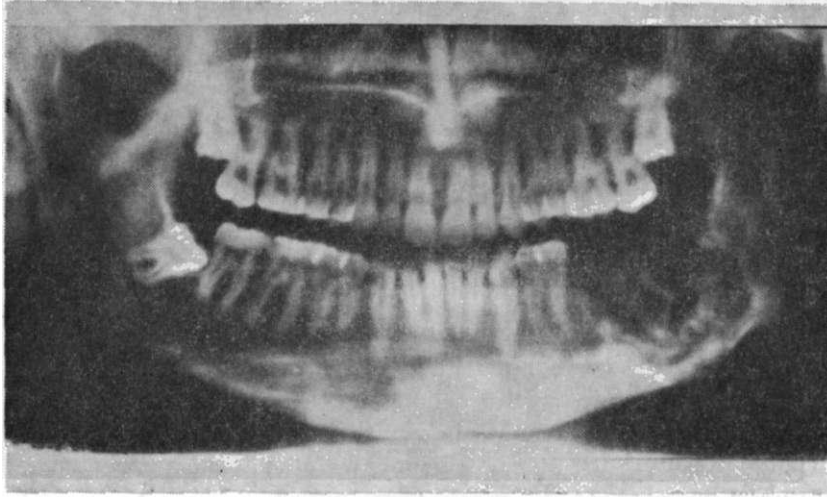
VAKA RAPORU

Yirmiüç yaşında erkek olan hastamız sol birinci molar ve sol angulus arasında gelişmiş ağrılı şişlik nedeniyle Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahi Anabilim dalına başvurdu. İntraoral muayenesinde bu bölgede vestibül ve lingualde ekspansiyon saptandı. Üzerindeki mukoza sağlamdı. Panoramik ve lateral radyografilerde yaklaşık 4 x 3 cm. boyutlarında 1. molar dişin mezial kök ucundan başlayan angulusa ve mandibula alt kenarına kadar uzanan, düzensiz radyopak alanlar içeren, oldukça iyi sınırlı radyolusent lezyon izlendi (Resim 1). Klinik ve radyolojik bulguları ossifying fibrom ile uyumlu bulundu. Birinci, ikinci ve üçüncü molar dişlerin çekimini takiben lezyon kürete edildi. Histopatolojik tanı osteoblastom olarak kon-



Resim 1 — İlk lezyonun panoramik radyografik görünümü (Lezyon alanı okla işaretli)

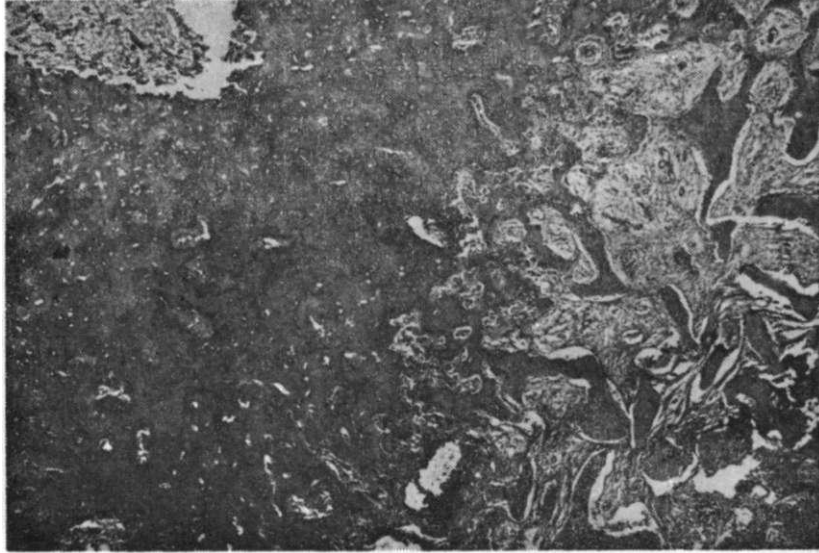
du. Sorumlu bölge komplikasyonsuz olarak iyileşti. Bir yıl sonra hastamız gene aynı bölgede şişlik ve hassasiyet şikayetleriyle yeniden başvurdu. Radyolojik olarak bulguların daha önceki lezyona benzemesine karşılık lezyonun büyüklüğü bu defa mandibula alt kenarı ve mediale doğru artmıştı (Resim 2) Lokal agresiv dav-



Resim 2 — Rekürren lezyonun panoramik radyografik görünümü (Lezyon alanı okla işaretli)

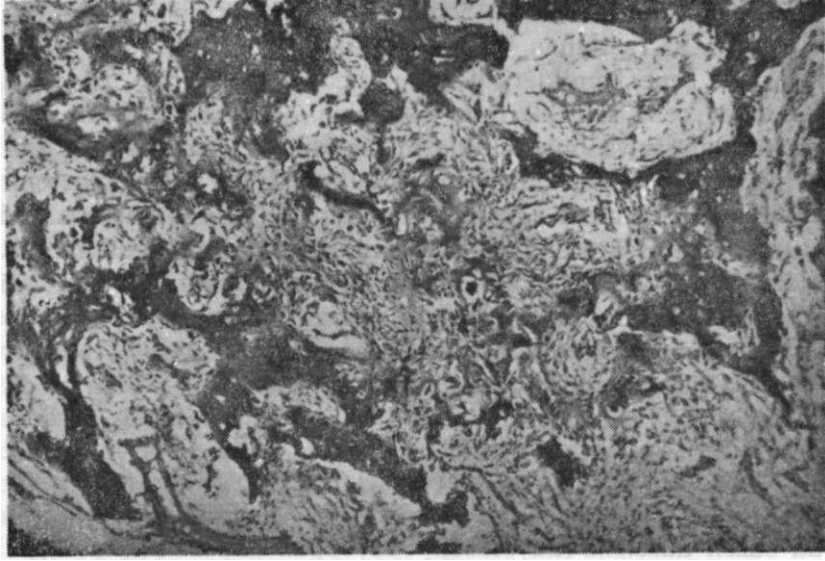
OSTEOBLASTOM

ranış ve nüks nedeniyle «en bloc» rezeksiyona karar verilerek lezyonun bulunduğu bölge ekstraoral girişimle rezekte edildi. Rezeksiyon bölgesine immedat rekonstrüksiyon plakları yerleştirildi. **PATOLOJİK BULGULAR :** İlk operasyonda çıkarılan küretaj materyali makroskopik olarak iri taneli, yumuşak ve sert dokuların karışımından oluşan grimsi renkte, düzensiz doku parçalarıydı. Önce % 10'luk formalinle tespit edilen ve daha sonra % 5'lik formik asitle dekalsifiye edilen materyale ait tüm örnekler takibe alınarak dehidratasyonu takiben parafin bloklara gömüldü. Bu bloklardan hazırlanan 5 mikronluk kesitlerin incelenmesinde lezyonun üç farklı tipte ossifikasyon paterni gösterdiği dikkati çekti : A- Bağ doku stroma ve osteoblastlardan fakir, Paget hastalığındaki mozaik paternini andıran geniş, mineralize kemik yapılar. Polarize ışıkta bunların «woven bone» yapısında olduğu görüldü (Resim 3). B-Geniş mineralize kemik yapılarla bağlantılı osteoid ve yeni şekillenmiş kemik trabeküllerinden zengin alanlar (Resim 4). Bu alanlarda gevşek bağ doku stromanın damardan çok zengin olduğu dikkati çekti. Osteoid yapılar arasında yer yer osteoblastların küçük gruplar oluşturdukları, ince kemik trabeküllerinin osteoblastlarla çevrelendikleri izlendi. Aktif görünümlü osteoblastlarda



Resim 3 — Solda mozaik - benzeri geniş mineralize yapılar, sağda lameller tarzda kemik trabekülleri Hematoksilen - Eozin x 40

mitoz yada belirgin hücresel atipiyeye rastlanılmadı. Kalsifiye kemik yapılarına komşu çok sayıda osteoklastların bulunduğu belirlendi. Osteoid ve kalsifiye kemik trabekülleri arasındaki bağ dokusu hücreleri tamamen «masum» görünümlü fibroblastlardan oluşuyordu. Polarize ışıkta bu mineralize kemik yapılarının da «woven bone» yapısında olduğu izlendi. C-Birbiriyle anastomozlaşan, düzenli, tek sıralı osteoblastik çevrenme gösteren kemik yapıları (Resim 4). Polarize ışıkta bu trabeküllerin yer yer lameller, yer yer «woven bone» yapısında oldukları saptandı. Bu alanlarda da stroma gevşek yapıdaydı ve ileri derecede genişlemiş ve dolgun damarlardan zengindi. Bu paternde hemen hiç osteoklastların bulunmadığı belirlendi.



**Resim 4 — Osteoid, bol damar ve çok sayıda dev hücre içeren alanlar
Hematoksilen - Eozin x 40**

İkinci operasyonda çıkarılan rezeksiyon materyali 5 x 4 x 3 cm. boyutlarında olup premolar ve molar dişler bölgesinde 3.5 x 3 cm. boyutlarında sert, şişlik şeklinde yapı dikkati çekti. Alveoler mukozada çekim yerine uyan bölgede düzensizlik gözlemlendi. Dekalsifikasyondan sonra bu tümöral yapının makroskopik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla materyalin tamamından 5 mm.lik kesitler

OSTEOBLASTOM

yapıldı. Bu makroskopik incelem sonucunda rezeksiyon sınırlarında sağlam dokunun bulunduğu ve lezyonun bu dokularla sınırının düzgün olduğu dikkati çekti. Lezyonun kesit yüzeyinin alacalı sangri renkte olduğu belirlendi. Bazı alanlar daha sert kıvamlı olup ekspansiyon bölgesinde kortikal kemiğin incelendiği izlendi. Mikroskopik incelemede lezyonun öncekiyle hemen aynı yapıda olduğu görüldü. Ancak olasılıkla önceki diş çekiminden kalan kökün çevresinde abse oluşumunun bulunduğu ve bu alanlarda lamina propria da iltihabi değişikliklerin yer aldığı saptandı.

TARTIŞMA

Benign osteoblastom primer kemik tümörlerinin % 1'ini oluşturan az rastlanan bir kemik tümörüdür. Vakaların % 15'i kafatası ve çene kemiklerinde ortaya çıkmaktadır (10). El - Mofty ve Refai (8) çene kemiklerinde bildirilen 27 vakanın klinik özelliklerini ele almış ve bu özelliklerin mandibula dışı osteoblastomlarla hemen hemen aynı olduğunu vurgulamışlardır. Osteoblastomlarda erkek/kadın oranı 2 : 1 olup vakaların % 90'ı 30 yaşın altındadır (10). Klasik semptomları tümör bölgesinde ağrı ve şişliktir. Ek olarak buldukları bölgeye göre değişen semptomlar verebilirler. Özellikle mandibula ve maksilla yerleşimli lezyonlar ağrı ve şişliğin yanısıra hemen daima aşırı hassasiyet ve ağrı ile karakterlidir (8, 10). Sunduğumuz vakanın da klinik özellikleri bu bulgularla uyumludur.

Radyolojik bulgular ayırıcı olmayıp yerleşim yerine göre farklılıklar gösterir. Genellikle sınırları belirgin tümüyle litik ya da bazen düzensiz radyolusen - radyopak alanlar şeklinde gözlenir (15). Bazı vakalarda sınırların düzensiz ve diffüz tarzda olduğu ve tümör bölgesindeki dişlerin periodontal ligamentlerinde genişlemenin saptandığı bildirilmiştir (17). Vakamızda primer ve rekürrent lezyonların radyografik özellikleri tamamen benzerdir. Sınırları belirgin litik alan içinde farklı yoğunlukta radyopasitlerin bulunduğu ve kortikal kemiğin intakt olduğu gözlenmiştir. Bu görünüm bir dev hücreli granulom veya gelişiminin orta evrelerindeki bir santral ossifying fibromla da uyumludur. Çenelerin santral ossifying fibromu sementifying fibromla beraber sentrifugal büyümesi ile karakterli olduğundan cerrahi tedavilerinde konservatif

OSTEOBLASTOM

çıkması patolojik kırık varsa sözkonusudur (11). Stromal fibroblastlarda belirgin bir atipinin olmaması ve stromanın genelde gevşek karakter göstermeside osteoblastomu telkin eden bulgulardır (10). Vakamızda da stromal fibroblastlarda belirgin atipinin olmaması ve hücreden en zengin alanlarda bile fibromatozis tarzında bir proliferasyonun bulunmayışı osteoblastom lehindedir.

İlk defa Dorfman tarafından tanımlanan «agresif» osteoblastomun özellikleri lokal invazyon ve nüks eğilimi göstermesi ancak metastaz yapmamasıdır (5). Histolojik olarak tipik osteoblastom alanlarının yanısıra geniş stoplazmalı osteoblastların biraraya gelerek oluşturdukları epitelooid görünüm dikkat çekicidir. Ohkuba ve arkadaşları da maksilla yerleşimli epitelooid osteoblastları içeren bir osteoblastom vakası sunmuşlar ve bu alt grupta izlenen nüks eğiliminin büyük oranda ilk cerrahi girişimin yetersizliğinden kaynaklandığını savunmuşlardır (12). Vakamızda her iki lezyona ait preparatlarda epitelooid osteoblast gruplarına rastlamadık. Osteoid, osteoklastlar ve aktif osteoblastlardan zengin alanlar ilk bakışta agresif bir lezyonu düşündürmekle beraber büyük büyütmede hücresel atipi de yoktu. Bu gözlemimiz mandibulada nükseden bir osteoblastom bildiren Colm ve arkadaşları tarafından da bildirilmektedir (3). İlk cerrahi girişim ne kadar konservatifse osteoblastomun nüks eğilimi o kadar çok olduğundan «en bloc» rezeksiyon bu tümörün cerrahi tedavisinde seçilmesi gerekli ilk modeldir (3, 9, 12). Bu doğru seçime ulaşılabilmesi için öncelikle osteoblastomun diğer benign fibroosseöz lezyonlardan ayrımının yapılması gereklidir. Bu nedenle çeşitli matürasyon alanlarının görülmesi için çok sayıda insizyonel biyopsiler alınmasının uygun olacağı sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

1. Bortonl P, Unni KK, McLsod RA, Dahlin DC : Osteosarcoma resembling osteoblastoma Cancer 55 : 416 1985.
2. Borello ED, Sedano HO : Giant osteoid osteoma of the maxilla Oral Surg Oral Med Oral Pathol 23 : 563 1967.

3. Colm SJ, Abrams MB, Waldron CA : "Recurrent osteoblastoma" of the mandible : Report of a case J Oral Maxillofacial Surg 45 : 881 1988.
4. Dahlin DC, Johnson EW Jr. : Giant osteoid osteoma J. Bone Joint Surgery 36 : 559 1954.
5. Dorfmann HD : Malignant transformation of benign bone lesions Seventh National Cancer Conference Proceedings Philadelphia J.B. Lippincott Co. 1973.
6. Dorfman HD, Weiss SW : Borderline osteoblastic tumors : Problems in differential diagnosis aggressive osteoblastoma versus low - grade osteosarcoma Semin Diag Pathol 1 : 215-234 1984.
7. Eisenbud L, Kahn LB, Friedmann E : Benign osteoblastoma of the mandible : A fifteen - year follow - up showing spontaneous regression after biopsy J Oral Maxillofacial Surg 45 : 53 1987.
8. El - Mofty S, Refai H : Benign osteoblastoma of the maxilla J Oral Maxillofacial Surg 47 : 60 1987.
9. Haug RH, Hauer C, DeCamillo AJ, Araneta M : Benign osteoblastoma of the mandible : Report of a case J Oral Maxillofacial Surg 48 : 743 1988.
10. Huvos AG : Bone Tumors. Diagnosis Treatment and Prognosis 1st ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia 1979.
11. Mirra JM, Kendick RA, Kendick RE : Pseudomalignant osteoblastoma versus arrested osteosarcoma : A case report Cancer 37 : 2005 1976.
12. Ohkubo T, Hernandez JC, Ooya K, Krutchkoff DJ : «Aggressive Osteoblastoma» of the maxilla Oral Surg Oral Med Oral Pathol 68 : 69 1989.
13. Pemagen W, Prein J : Benign osteoblastoma Oral Surg Oral Med Oral Pathol 39 : 279 1975.
14. Rosai J: Ackermann's Surgical Pathology 7 th. ed. Mosby Co. St. Louis 1989.
15. Shafer WG, Hine MK, Levy BM : A textbook of oral pathology 4 th ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia 1983.
16. Smith NHH : Benign osteoblastoma of the mandible : A case report J Oral Surg 30 : 288 1972.
17. Strand - Pettinen I, Lukinmaa PL, Holstrom T et al: Benign osteoblastoma of the mandible Br J Oral Maxillofacial Surg 28 : 311.

Yazısına Adresi :

Yrd. Doç. Dr. Ömür ATAÖĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı