

## OSTEOMA (1 Olgu)

Mustafa TÜRKER\*                      Nadir GÜNGÖR\*\*                      Şule YÜCETAŞ\*\*  
Ender ERGUN\*\*\*                      Derviş YILMAZ\*\*\*\*

Osteoma, çenelerin nonodontojenik benign tümörlerindedir. Genellikle 15-30 yaş gurubunda ve her iki çenede fakat daha sıklıkla mandibulada görülürler. Yerleşim yerine göre endosteal (santral) veya periosteal (periferik) olurlar. Her iki tip-tede osteoma, spongiöz veya kompakt tipte olabilir (1,5,6).

Santral olarak konumlanan osteomalar hiçbir klinik bulgu vermeyebilirler. Periferik olanlar saplı yapıdadırlar. Normal kemik yapısının dışına taşıp fazla büyüme gösteren osteomalar fonksiyonu engelleyici, estetiği bozucu veya baskı nedeniyle ağrı yapıcı özellikte oldukları zaman cerrahi müdahale gerektirirler. Genellikle çok yavaş büyüyen ve semptom vermeyen olgulardır (1, 3, 5, 6).

Osteomanın her iki şekli de röntgende radyoopak görünüm verir. Spongiöz yapıda olanların radyoopasiteleri daha az yoğundur ve çevre kemik sınırından ayırmak zordur. Kompakt yapıda olanların radyoopasitesi ise oldukça belirgindir.

Büyüklüğü, radyolojisi, kliniği ve histopatolojisi açısından ilginç olan bir osteoma vakamızı takdim ediyoruz.

- (\*) Prof. Dr., G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.  
(\*\*) Doç. Dr., G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı öğretim Üyesi.  
(\*\*\*) Dr. Dt., A.Ü. Dişhek. Fak. Patoloji Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.  
(\*\*\*\*) Dt., G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi.

## OSTEOMA

### *Vaka raporu;*

F.Ç. isimli, 51 yaşında Gaziantep'li bayan hasta, Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine 19.1.1984 tarihinde başvurdu.

Hastanın anemnezinde sistemik bir rahatsızlığı olmadığı saptandı. Hastanın geliş nedeni baş ağrısı ile birlikte çenedeki şişlik, ağrı ve ağzını açıp kapamada güçlük çekmesi idi. Hasta, ağrıları soğuk ile ve eforla artan, arasıra gelen karakterde tarif ediyordu.

Extraoral muayenede, sağ angulus mandibulada şişlik nedeni ile asimetri vardı. Palpasyonda bu şişliğin kemik sertliğinde olduğu saptandı. Hastanın ağız açıp kapama hareketlerinde güçlük çektiği ve kapama hareketini, mandibulayı geriye doğru eliyle iterek tamamladığı gözlemlendi (Resim 1).



Resim — 1

Yapılan radyolojik muayenede, molarlar bölgesinden başlayarak angulus mandibulayı içine alan ve collum mandibulaya

kadar devam eden radyopak kemik yoęunlaŐması görüldü. Molarlar bölgesinde perifere doğru büyümüŐ radyoapasitesi daha az yoğun olan kemik yığılması ramusa doğru kompakt yapı ile devam ediyordu (Resim 2).



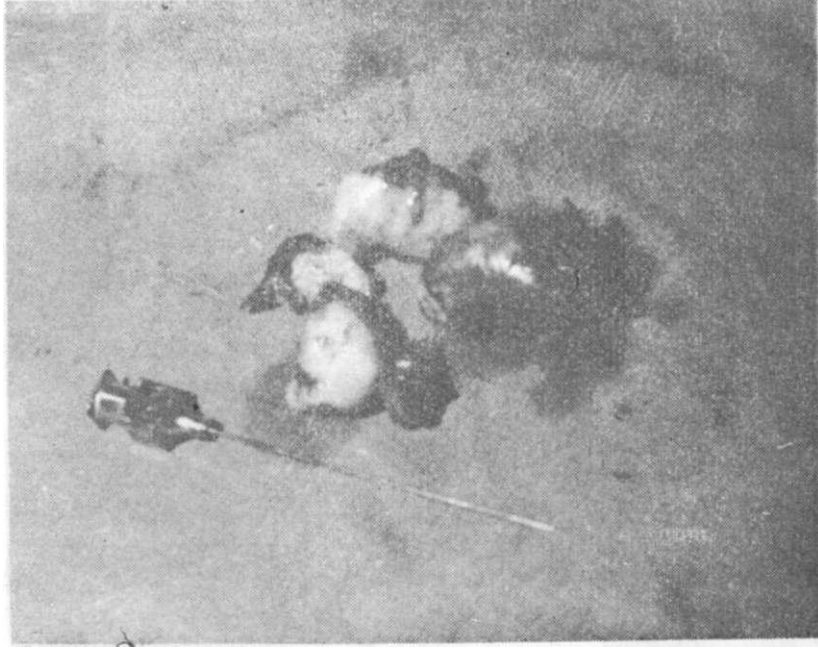
Resim — 2

Hasta premedike edilerek (diazem 2 mg - atropin 0.5 mg - novaljin 1 cc) tronkler mandibuler ve lokal infiltrasyon anestezi altında ameliyata alındı.

Kret üzerinden ramus mandibulaya devam eden ensizyon yapılarak flep kaldırıldı. Molarlar bölgesinden ramus orta hattına kadar olan kısımdaki kemik çok odaklı papiller tipte bir büyüme idi. Ramustan yukarıda colluma kadar olan kısımda ise tek bir kitle halinde kemik kalınlaŐması vardı. Kemik freze edilerek zayıflatıldı ve fazla kısımlar guj, eki ve frez yardı-

## OSTEOMA

mıyla alındıktan sonra mandibula anatomik formuna uygun olarak düzeltildi. Ameliyat cerrahi disiplinler altında bitirilerek çıkarılan kitle parçaları histopatolojik takibe alındı (Resim 3).



**Resim — 3**

Angulus bölgesinden alınan preparatta, gelişmiş güzel gelişim gösteren trabeküler olgun kemik lamelleri arasında az sayıda yağ içeren ince fibröz yapı ve çok az sayıda ilik elemanlarına rastlandı. Bu mikroskopik görünüm ile vakaya spongiöz osteoma tanısı verildi.

Ramus bölgesinden hazırlanan preparatta ise, çok az kemik iliği içeren kemik yapısı görüldü. Lamelli kemik yapısının havers kanallarını içerdiği ve çevrede kıkırdağımsı matriks görüldü. Bu kesit için tanı kompakt osteoma idi.

Makroskopik olarak, kemik sertliğinde, sarı-beyaz renkte düzgün yüzeyli ve lobüllü, büyüğü 1,5 cm. çapında çok sayıda ovoid veya yuvarlak şekilli doku parçaları tesbit edildi. Dokular yüzde onluk formol ile 24 saat tesbit edilip, dekalsifikasyon



Resim — 4

için yüzde beşlik asit takibini müteakip rutin alkol takibine alındı. Hazırlanan parafin blokları beş mikron kalınlığında kesilip hemotoksilen eosin boyasıyla boyanarak mikroskopik tetkiki yapıldı (Resim 4).

#### TARTIŞMA

Literatürde, oldukça yavaş büyüyen ve kendiliğinden büyümesi duraklayabilen osteomanın (1) şikayet vermedikçe tedaviye gerek göstermediği bildirilmektedir.

Bizim vakamızda hastanın ağrı, ağzını rahat açıp kapayamama ve estetik şikayeti nedeniyle cerrahi müdahale gerekli olmuştur. Ameliyatı takiben 3. ayda yapılan son kontrollerde hastanın ağrısının geçtiği, ağzını rahatlıkla açıp kapayabildiği ve asimetrinin ortadan kalktığı gözlenmiştir.

Osteomayı, klinik ve radyolojik olarak benzerlik gösteren çene kemiği exostozları ve condensing osteitisten ayırmak gerekir. Torus palatinus ve torus mandibularis, yerleşim yerlerinin özelliği nedeniyle osteomadan kolaylıkla ayırd edilirler. Conden-

## OSTEOMA

sing osteitis ise mikroskopik olarak iltihap hücrelerinin görülmesi ile ayırt edilir (6). kalıtsal bir bozukluk olan Gardner sendromunda, maksilla ve mandibulada osteomalarm görülmesi tipiktir, ancak ayırıcı tanı olarak Gardner sendromunda diğer yüz kemiklerinde de osteomalarm, odontomalarm, kaim bağırsaklarda polipler ve deride epidermal kistler vardır (1).

Osteoma, histopatolojik yönden santral fibro osseöz lezyonlardan ayırd edilmelidir. Radyolojik olarak çoğu kez spongiöz osteoma görünümde radyoopasite gösterebilen ossifying fibroma, mikroskopik olarak bağ dokusunun yoğun olması, osteoblastlar ve yeni kemik yapımının görülmesi ile ayırd edilir. Ossifying fibromadaki yeni kemik yapımına karşın, osteomada olgun kemik görünümü hakimdir. Cementifying fibroma, yuvarlak sement kitleleri ve yoğun bağ dokusu ile, calcifying fibroma ise yine yoğun bağ dokusu ve kalsifiye yapıların varlığı ile ayırd edilir. Fibro osseöz lezyonlardaki yoğun bağ dokusu yerine osteomada olgun kemik ve kemik iliği elemanları çoğunluktadır.

Osteomanın spongiöz veya kompakt yapıda, santral yada periferik olarak bulunduğu bildirilmektedir. Bizim vakamızda bütün tiplerin birarada bulunması ve olgunun mandibulanın büyük bir kesimini kapsamaması açısından ilginçtir. Angulus bölgesinde periferik doğru büyüyen ve ramus içinde endosteal konumlanmış yapı görülmektedir. Osteomanın ister periferik ister santral olsun spongiöz veya kompakt yapıda olabileceği bilinmektedir (6). Histopatolojik tanıda iki ayrı bölgeden hazırlanan preparatlar farklı görünüm vermiştir. Angulus bölgesinden hazırlanan kesitlerde, trabeküler kemik yapısının içinde bağ dokusu elemanlarının kemik iliğinin fazla bulunması ile spongiöz osteoma yapısı hakimdir, buna karşın ramustan çıkarılan kemikten hazırlanan kesitlerde tipik yoğun kemik dokusu görülmektedir.

Spouge, santral osteomanın periferik tipe göre çok daha az görüldüğünü ve periferik osteomalarm enfeksiyon veya harabiyeti takiben reaktif hiperplaziler olarak geliştiklerini bildirmektedir (5).

Bizim vakamızda, ilgili bölgeden beş sene önce diş çekildiği bildirilmektedir. Muhtemelen çekim travması veya iltihabi reak-

siyon bu bölgedeki periferik kemik yıgılmasının sebebi olabilir. Santral osteomada ise, endosteumdaki hücrelerin proliferasyonu söz konusudur. Bu proliferasyonun etyolojisi bilinmemektedir. Vakamızda periferik baŐlayan kemik yapımı herhangi bir Őekilde endosteal hücre yapımını stimüle etmiŐ olabilir.

### ÖZET

51 yaşında, kadın hastada saptanan oldukça büyük bir osteoma vakası bildirilmiŐtir. Vakanın santral ve periferik konumlanması, spongiöz ve kompakt osteoma bulgusunu birarada göstermesi ilginçtir.

### SUMMARY

#### OSTEOMA (Report of a Case)

A case of large osteoma, in a female patient of age fifty-one, has been reported. The occurrence of osteoma being both peripheral and central and also the histological diagnosis of both compact and spongy osteoma were interesting in this case.

### LİTERATR

1. BHASKAR, N.S. : Synopsis of oral pathology, 6th ed., The C.V. Mosby Comp. St. Louis, Toronto, London, 295-313, 1981.
2. COLBY, R.A., KERR, D.A., ROBINSON, H.B.G. : Golor atlas of oral pathology, 3rd ed., J.B. Eippincott Comp., Philadelphia, Toronto, 140, 1971.
3. GORLIN, J.R., GOLDMAN, M.H.: Thoma's oral pathology, 6th ed., The C.V. Mosby Comp. St. Louis, 560-562, 1970.
4. KRUGER, O.B. : Textbook of oral surgery, 4th ed., The C.V. Mosby Comp. St. Louis, 570-571, 1974.
5. SPOUGE, D.J.: Oral Pathology, The C.V. Mosby Comp. St. Louis, 290 - 291, 1973.
6. TIECKE, R.W.: Oral Pathology, Mc Graw-Hill Book Comp., N.Y., Toronto, Sydney, London, 288-290, 1965.