

SEMENTO-OSSÖZ DİSPLAZİ: OLGU RAPORU

CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA: A CASE REPORT

Can SEZGİN¹ , Belgin GÜLSÜN¹ 

¹ Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Semento-ossöz displazi; normal kemiğin, sement benzeri materyal ve hücresel fibröz bağ dokusu ile yer değiştirmesi ile gelişen en yaygın fibro ossöz lezyondur. Genellikle mandibula yerleşimli olarak gözlenir. Vital dişlerin periapikal bölgesinde veya çekim yerlerinde görülebilir. Radyografik olarak lezyonun maturasyonuna göre; radyolüsent, mikst veya radyopak görüntüler vermektedir. Bu lezyon klinik ve radyografik özelliklerine göre üç alt tipe ayrılır: periapikal, fokal ve florid. Bu çalışmada, 43 yaşındaki kadın hastanın alt çene anterior bölgesinde keser dişlerle ilişkili, histopatolojik ve radyografik olarak tanısı konulan semento ossöz displazi olgusu sunulmuştur. Lezyon lokal anestezi altında eksize edilmiş ve hasta klinik olarak takibe alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fibro-ossöz lezyonlar, çene hastalıkları, semento-ossöz lezyonlar

Geliş: 24.03.2023

Kabul: 04.04.2023

Yayın: 30.04.2023

ABSTRACT

Cemento-osseous dysplasia; is the most common fibro-osseous lesion that develops when normal bone is replaced by cement-like material and cellular fibrous connective tissue. It is usually observed in the mandible. It can be seen in the periapical region of vital teeth or in the extraction sites. According to the maturation of the lesion radiographically; They give radiolucent, mixed and radiopaque images. This lesion is divided into three subtypes based on clinical and radiographic features: periapical, focal, and fluoride. In this study, a case of cemento osseous dysplasia associated with incisors in the anterior region of the lower jaw of a 43-year-old female patient, diagnosed histopathologically and radiographically, is presented. The lesion was excised under local anesthesia. The patient was followed up clinically.

Keywords: Fibroosseous lesions, jaw diseases, cemento-osseous lesion

Received: 24.03.2023

Accepted: 04.04.2023

Published: 30.04.2023

Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Can SEZGİN

c.sezgincan@gmail.com

Atıf/Citation: Sezgin C, Gülsün B. Semento-ossöz displazi: Olgu raporu. Dicle Dent J. 2023;24(1):19-22



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)

GİRİŞ

Semento-ossöz displazi (SOD), normal kemiğin fibroz doku ile yer değiştirmesiyle oluşan; benign lezyonlar grubundadır (1, 2). Bu patolojik oluşum sık görülen fibroossöz lezyonlardan olup genellikle orta yaş kadınlarda görülmektedir. Afrika asıllı kadınlar arasında görülme oranının daha sık olduğu bildirilmiştir (3). Semento-ossöz displazi, iyi huylu fibro-ossöz lezyonlar grubu içerisinde olup, normal kemiğin anormal kemik veya sement içeren fibroz bağ dokusu matrisi ile yer değiştirdiği; neoplastik olmayan durumu ifade eder (4). Bu lezyonların odontojen kaynaklı olduğu ve periodontal ligamandan köken aldığı düşünülmektedir (1, 5, 6). Histopatolojik olarak, kemik trabekülü ve sement benzeri kalsifiye materyal ile iğ şeklinde, fibroblast benzeri hücreler ve kollajenden oluşur (7, 8).

2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) SOD'un 3 klinik grubunu tanımlamıştır. Bunlardan ilki Periapikal SOD olup, mandibula anterior bölgede meydana gelen ve sadece birkaç komşu dişi içeren displastik lezyondur. İkincisi Fokal SOD ise Periapikal SOD'ye benzer, ancak nadir de olsa posterior çene kadranslarını da tutan tipidir. Üçüncüsü ise Florid SOD olup mandibulada veya tüm çene kadranslarında bilateral olarak ortaya çıkan daha kapsamlı formları ifade etmektedir (9).

Çenelerin dişli bölgelerinde kemik, iğsi kollojen ve sement benzeri doku oluşumu ile görülen SOD; çenelerde herhangi bir ekspansiyona neden olmaz ve asemptomatik olup ilişkide olduğu dişler ise vitaldir (1, 5). SOD, genellikle çenelerin diş taşıyan bölgeleriyle veya dişsiz alveolar bölgeleri tutmaktadır (10).

SOD lezyonları radyolüsent, radyoopakt veya mikst olarak radyografide tespit edilebilmektedir. İlk evrede radyolüsent, ikinci evrede mikst, üçüncü evrede ise radyoopakt olarak görülmektedir (1, 11). Panoramik radyografiler ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) gibi ileri görüntüleme teknikleri, tanı ve tedavi planlamasında faydalı olmaktadır (14). Lezyonlar tipik olarak asemptomatiktir, ancak cerrahi olarak hastalar osteomyelit gelişme riskine karşı yakın takip altına alınmalıdır (3, 5).

Bu olgu raporunda kliniğimize başvurmuş 43 yaşında kadın hastanın, matürasyonunu tamamlamış SOD olgusu sunulmaktadır.

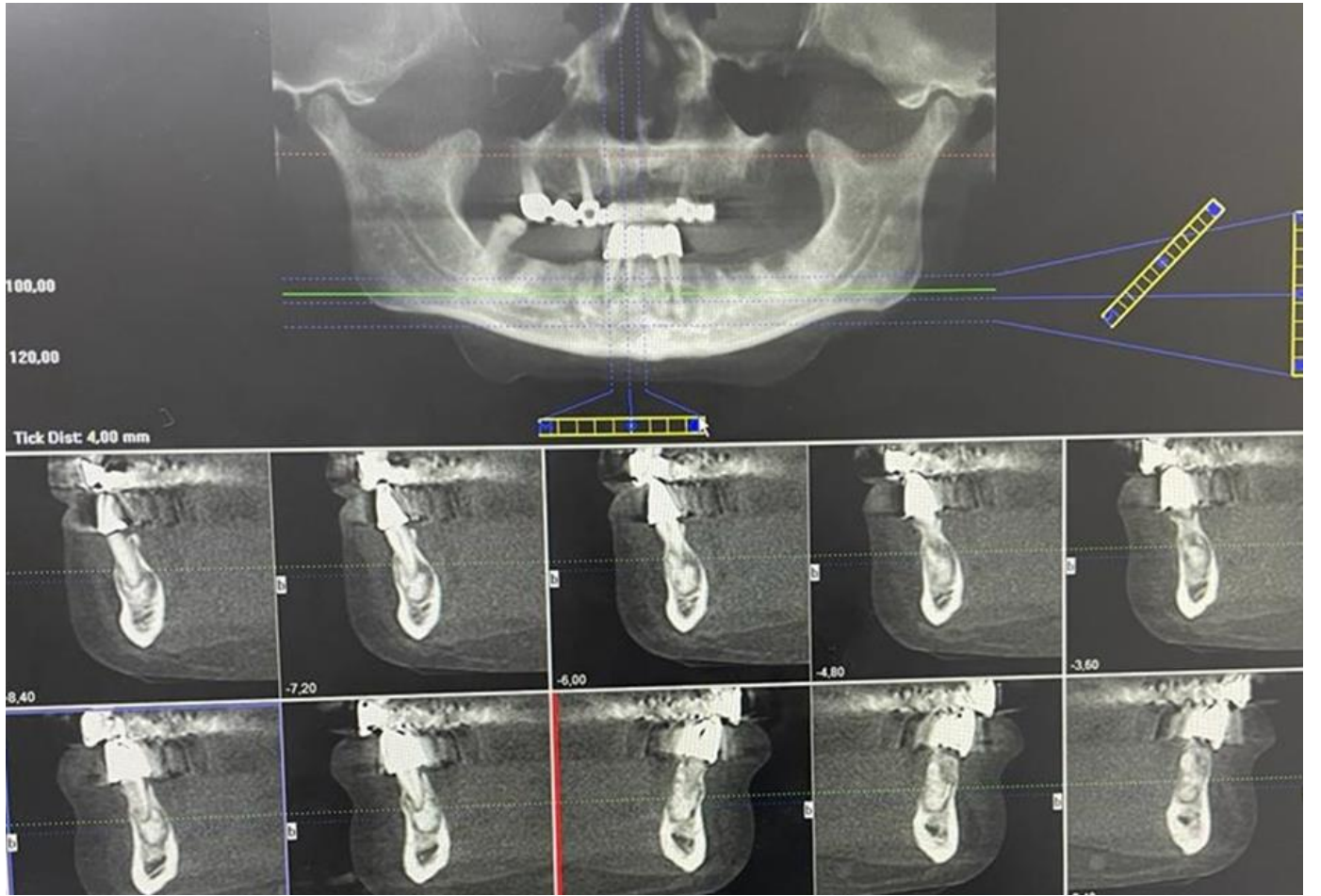
OLGU SUNUMU

43 yaşında kadın hasta, sağ ve sol alt çene anterior bölgede rutin muayene amacıyla çekilen panoramik radyografideki radyoopakt lezyon ile kliniğimize başvurmuştur. Ekstraoral muayenede asimetri, ekspansiyon, lenfadenopati veya cilt görünümünde herhangi bir değişiklik izlenmemiş olup, alınan tıbbi anamnezde hastanın sistemik olarak sağlıklı olduğu öğrenilmiştir. İntraoral muayenede ilgili bölgede, prepare edilmiş dişler olduğu ve oral mukozanın normal görünümde olduğu saptanmıştır.

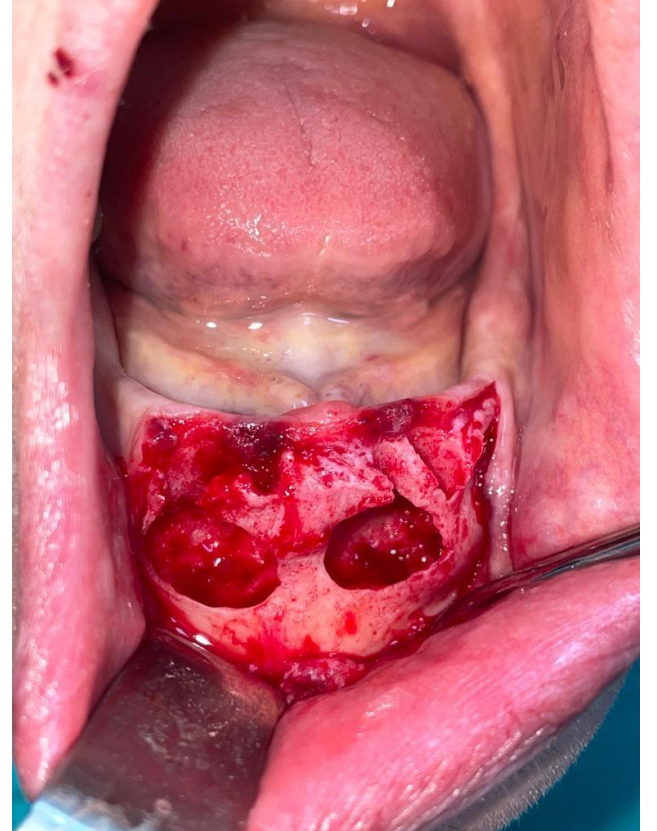
Panoramik radyografisi alınan hastada mandibulada bilateral anterior bölgede lokalize etrafı radyolüsent sınır ile çevrili, radyoopakt kitleler olduğu izlenmiştir (Resim 1). Ayrıca yapılan 3 boyutlu BT incelemesinde, SOD lezyonunun alt çene kesici dişlerin periapikalinde lokalize olduğu ve bukko-lingual yüzeylere kadar spongiöz kemiğin yerine geçtiği gözlemlendi (Resim 2).

Resim 1. Hastanın preoperatif panoramik grafisi.



Resim 2. Semento ossöz displazinin BT görüntüsü.

Yapılan intraoral muayenede bu lezyonlarla ilişkili herhangi bir patolojik durum görülmemesi üzerine, semento-ossöz displazi ön tanısı düşünüldü. Hastanın protetik rehabilitasyonu amacıyla ilgili lezyon bölgesindeki periodontal olarak sağlıklı dişlerin çekilmesine karar verildi. Ancak hastanın alt çenesindeki bu lezyonların malignite gösteren bir patoloji olabilme ihtimalinden dolayı, biyopsi yapılması uygun görüldü. Histopatolojik inceleme sonucunun, ön tanıyı destekler biçimde semento-ossöz displazi olduğu doğrulandı. Hastaya aydınlatılmış onam formu okutulup onaylatıldı. Lokal anestezi altında alt çenede yer alan anterior dişler ekstrakte edildi, alveolar kret üzerinden krestal insizyon ile birlikte, sağlı sollu serbestleştirici vertikal insizyon uygulanarak tam kalınlık flep kaldırıldı ve kalsifiye dokular ekstrakte edildi (Resim 3).

Resim 3. Hastanın operasyon sırasındaki intraoral görünümü.

TARTIŞMA

SOD neoplastik olmayan fibro-ossöz bir lezyondur, sadece çenelerin dişli bölgelerinde meydana gelir (10). SOD terimi 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilmiştir. SOD'ler periapikal, fokal ve florid SOD'ler olarak alt sınıflara ayrılmıştır (13). Periapikal SOD ve fokal SOD aynı reaktif lezyon için kullanılan, anatomik lokasyon olarak farklı olan iki terimdir. PSOD, periapikal alanlarını içerir, ağırlıklı olarak mandibular kesici dişler bölgesinde görülür. FSOD, çenelerin postreior alanlarında, dişli bölgelerde lokalizedir. Florid SOD ise iki veya daha fazla kadranda görülen geniş çene tutulumu ile karakterizedir (8). Pereira ve ark. yaptığı çalışmada, mandibular tutulumun baskın olduğu rapor edilmiştir (14). SOD 'ler genellikle asemptomatiktir ve rutin radyografik muayenede tesadüfen rastlanıp, tanı konulan lezyonlardır (15-16). SOD vakalarında, ilişkili dişler genellikle vitaldir. SOD 'nin radyografik görüntüsü; erken dönem lezyonlarında tamamen radyolüsent, ileri lezyonlarında radyopak, orta aşaması genellikle karışık radyolüsent-radyopak görünüm olarak ortaya çıkar (14, 16). Histolojik olarak, SOD 'ler mezenkimal doku içermektedir. İğ şeklindeki fibroblastlardan oluşan hücreler, kollajen lifler ve kan damarları gözlenir. İncelemelerde karışık kemik bölgeleri, düzensiz birleşme gösteren sement benzeri trabeküller ve ossöz dokular rapor edilmiştir (7-15). Özellikle travma sonrası veya periapikal patoloji varsa, SOD ile birlikte osteomyelit gelişme riski mevcuttur.

SONUÇ

Bu çalışma ile SOD'nin tanısının; radyografik görüntülemeyle lezyonun lokasyonuna, ilişkili dental yapının vitalitesine ve periodontal dokuların durumuna göre konabileceği sonucuna varılabilir. Fakat kesin tanı için klinik muayene, radyografik muayene ve histopatolojik incelemenin birlikte yapılması altın standarttır. Semento-ossöz displazi lezyonları asemptomatikse ve sekonder enfeksiyon yoksa müdahale edilmemelidir. Hastaların rutin radyografiler ile takibi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Min CK, Koh KJ, Kim KA. Recurrent symptomatic cemento-osseous dysplasia: A case report. *Imaging Sci Dent.* 2018;48(2):131-7.
2. Toledano-Serrabona J, Nunez-Urrutia S, Vegas-Bustamante E, Sanchez-Torres A, Gay-Escoda C. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of 2 cases. *J Clin Exp Dent.* 2018;10(11): 1145-8.
3. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, LyonWhite S, Pharoah M. *Oral Radiology: principles and interpretation.* 6th ed. St. Louis, MO: Mosby Inc.; 2017.
4. Grun P, Bandura P, Grun A, Sutter W, Meller O, Turhani D. Sensory disturbance along the inferior alveolar nerve as a first clinical sign of multiple florid cemento-osseous dysplasia of the mandible-A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 53:452-7.
5. Kawai T, Hiranuma H, Kishino M, Jikko A, Sakuda M. Cemento-osseous dysplasia of the jaws in 54 Japanese patients: a radiographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;87(1):107-14.
6. Summerlin DJ, Tomich CE. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinicopathologic study of 221 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;78(5):611-20.
7. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 41:62-82.
8. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and genetics of head and neck tumours.* World Health Organization Classification of Tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
9. Mahomed F, Altini M, Meer S, Coleman H. Cemento-osseous dysplasia with associated simple bone cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63:1549-54.
10. Mufeed A, Mangalath U, George A, Hafiz A. Infected florid osseous dysplasia: clinical and imaging follow-up. *BMJ Case Rep.* 2015
11. Arijji Y, Arijji E, Higuchi Y, Kubo S, Nakayama E, Kanda S. Florid cemento-osseous dysplasia. Radiographic study with special emphasis on computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78(3), 391-6.
12. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. *Cancer.* 1992; 70:2988-94
13. Pereira DL, Pires FR, Lopes MA, Carlos R, Wright JM, Patel P, et al. Clinical, demographic, and radiographic analysis of 82 patients affected by florid osseous dysplasia: An international collaborative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016; 122:250-7.
14. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 1985; 43:249-62
15. Alsufyani NA, Lam EW. Cemento-osseous dysplasia of the jaw bones: key radiographic features. *Dentomaxillofac Radiol.* 2011; 40:141-6.