

Mandibulada Periferik Osteom: Olgu Sunumu

Peripheral Osteoma of the mandible: Case Report

Hüseyin Koca¹, Erinç Önem²

¹Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız Diş Ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İzmir

Özet

Osteomlar genellikle kraniyofasiyal bölgede nadir olarak da çene kemiklerine yerleşen, yavaş büyüyen benign osteojenik tümörlerdir. Periferik, endosteal ve ekstriskeletsel tipleri bulunmaktadır. Periferik osteom, periosttan köken alırlar ve nadiren mandibula yerleşim gösterir. Yavaş büyümeleri nedeniyle çene yüz bölgesindeki osteomlar deformite oluşturacak ve yerleşim gösterdikleri bölgeye göre fonksiyon bozukluğuna sebep olacak boyutlara ulaşıncaya kadar semptom vermezler. Makalede mandibuler korpusta, biri bukkal ve diğeri lingual yüzlerde yerleşmiş iki periferik osteom olgusu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Osteom, mandibula

Abstract

Osteomas, are benign, slow growing osteogenic tumors commonly occurring in the craniofacial bones. It can be of a central, peripheral, or a extraskeletal type. The peripheral type arises from periosteum and is rarely in the mandible. Due to their slow growth, osteomas of the maxillofacial bones remain asymptomatic until they attain sufficient sizes as to cause disfigurement and interference with normal function of their anatomic location. Two cases of peripheral osteoma both located in the body of the mandible one in the lingual other in the buccal side was reported.

Keywords: Osteoma, mandible

Giriş

Osteom, kompakt veya spongioz kemik yapısında benign bir tümördür. İlk kez 1935 yılında Jaffe tarafından tanımlanmıştır. Kemikte santral (endosteal osteom) veya periferik (periosteal osteom) olarak yerleşim gösterirler. İskelet dışında yumuşak dokuda özellikle kas dokusunda yerleşen osteomlara da rastlanmaktadır.^{1,2} Osteomların lokalizasyonları çene yüz bölgesi ile sınırlıdır ancak nadiren diğerkemiklerde de görülebilir. Periferik osteomların çene yüz bölgesinde yerleşim bölgeleri maksiller sinüs başta olmak üzere orbita duvarı, temporal kemik, pterigoid çıkıntı ve dış kulak kanalıdır.³ Çene kemiklerinde daha nadir gözlenmekle birlikte mandibula maksilladan daha sık etkilenir.³ Periferik osteomlar kortikal kemik yüzeyinde saplı veya sesil olabilir. Osteom yıllarca herhangi bir semptom vermeden durabilir, rutin radyolojik tetkik sırasında veya çok büyük boyutlara ulaştıklarında farkedilir.⁴ Bu olgu raporunda mandibula korpusunda farklı lokalizasyonlarda yerleşim gösteren 2 periferik osteomun teşhis ve tedavisi sunulmaktadır.

Olgu 1

35 yaşında kadın hasta, sağ mandibuler korpusta bukkal tarafta molar dişler hizasında 6 yıldır var olan yavaş büyüme eğilimi gösteren asemptomatik şişlik nedeniyle Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji kliniğine başvurdu (Resim 1).



Resim 1 1. Olgunun Klinik görünümü

Anamnezinde dişsiz bölgeye köprü talebi ile özel bir dişhekimine gittiği ve bölgenin analizi için kliniğimizin önerildiği öğrenilen hastanın ağız açıp kapama ve çiğneme fonksiyonu sırasında herhangi bir şikayeti yoktu. Hastanın herhangi bir sistemik rahatsızlığı olmadığı ve çene yüz bölgesini etkileyen herhangi bir travmaya maruz kalmadığı öğrenildi. İntraoral klinik muayenede sağ posterior vestibüler sulkusta hafif bir şişleşme olduğu farkedildi ve bölgede palpasyonda farkedilen ağrısız, sert, 15x13 mm çapında hareketsiz kitle saptandı. Mukozanın lezyona yapışık olmadığı ve üzerinde herhangi bir renk değişikliği veya ülserasyon bulunmadığı gözlemlendi. Lenf muayenesinde lenfadenopati bulunmamaktaydı. Hastadan alınan panoramik radyografide, ilgili bölgede sınırları belirgin radyopak kitle izlendi (Resim 2).



Resim 2 1.olguya ait lezyonun preoperatif panoramik görüntüsü

Lezyonun klinik ve radyolojik özellikleri nedeniyle periferik osteom ön tanısı konularak kitlenin intraoral yöntemle total eksizyonuna karar verildi. Hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. Lokal anestezi altında yapışık dişetinden geçen ensizyonla bölge açıldı, n.mentalis'e dikkat edilerek subperiosteal lambo kaldırıldı lezyonun saplı karakterde olduğu görüldü (Resim 3).



Resim 3 1.Olgunun operasyon sırasında görünümü

Micro saw yardımıyla kemik eksize edildi. Bölgedeki keskin kemik kısımları kemik eğesi kullanılarak düzleştirildi. Yara primer olarak ipek sütürlerle kapatıldı (Resim 4).



Resim 4 1.Olgunun operasyon sonrasında görünümü

Hastaya postoperatif olarak antibiotik ve analjezik reçete edildi.

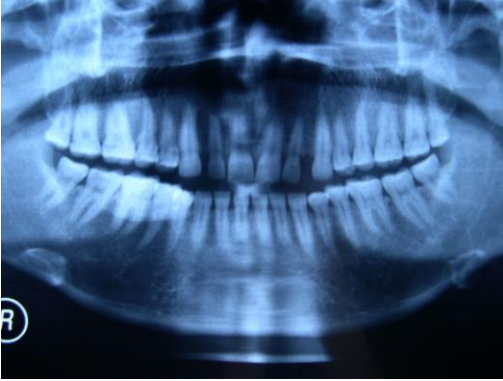
Olgu 2

40 yaşındaki kadın hasta sağ mandibuler korpusta, lingual tarafta, premolar ve molar bölgesini kapsayan ve son 2-3 yılda büyüklüğünde artış olan asemptomatik kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bölgeye ait hijyen temininde ve çiğneme sırasında şikayetleri bulunan hastanın anamnezinde herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. İntraoral klinik muayenede sağ posterior lingual bölgede ağrısız, sert 25x20 mm çapında hareketsiz kitle saptandı (Resim 5).



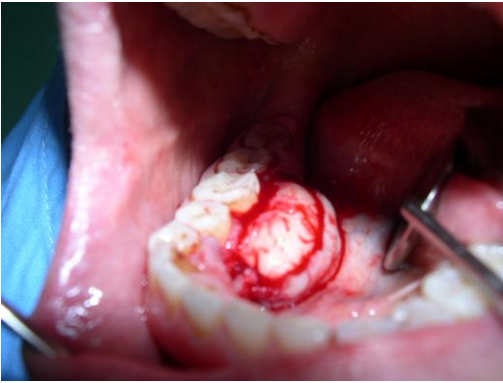
Resim 5 2.Olgunun klinik görünümü

Lezyonun üzerindeki mukozanın normal görünümde ve lezyondan etkilenmemiş olduğu gözlemlendi. Hastadan alınan panoramik radyografide, ilgili bölgede sınırları belirgin radyopak kitle izlendi (Resim 6).



Resim 6 2.Olguya ait lezyonun preoperatif panoramik görüntüsü

Lezyona periferik osteom ön tanısı konularak kitlenin total eksizyonuna karar verildi. Hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. İlgili bölgeye yapılan intraoral eksizyonda lezyonun sesil yapıda olduğu görüldü. Piyesamen ve rond frez yardımıyla lezyon en geniş çapına uygun olarak eksize edildi (Resim 7).



Resim 7 2. Olgunun operasyon sırasında görünümü

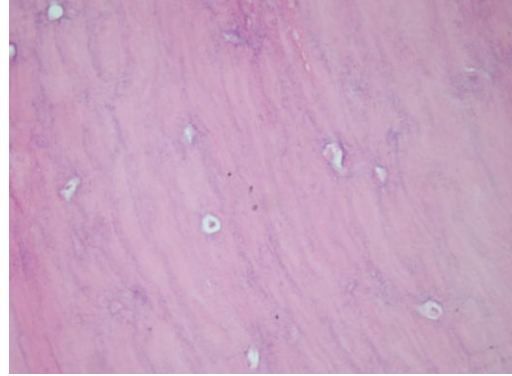
Bölgedeki keskin kemik kısımları daha büyük çaplı rond frez kullanılarak düzleştirildi. Yara primer olarak kapatıldı (Resim 8)



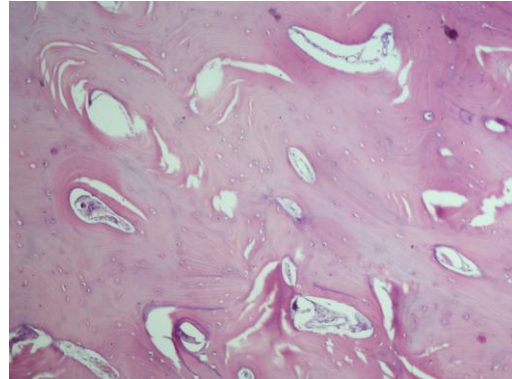
Resim 8 1.Olgunun operasyon sonrasında görünümü

Hastaya postperatif olarak antibiyotik ve analjezik reçete edildi.

Her iki olgunun operasyon sonrası kontrollerinde iyileşmede herhangi bir sorun saptanmadı. Yapılan histopatolojik incelemede lezyonların iyi sınırlanmış kompakt kemikten oluşan periferik osteom olduğu doğrulandı (Resim 9,10)



Resim 9 1. Olguya ait lezyonun histopatolojik görüntüsü (H&E,X20)



Resim 10 2. Olguya ait lezyonun histopatolojik görüntüsü (H&E,X20)

TARTIŞMA

Osteomların gerçek prevalansı bilinmemektedir. Birçok osteomun yeterli büyüklüğe ulaşmamış ve asemptomatik olması lezyonun görülme sıklığı hakkında kesin bir sonuç elde edilmesini engellemektedir.⁵ Periferik osteomlar genellikle başta frontal sinüsler olmak üzere sırasıyla etmoidal ve maksiller sinüslerde gözlenmektedir.⁶ Daha nadir olarak çenelerde gözlenen bu lezyonlar maksilladan daha çok mandibulada yerleşmektedir.⁷ Kaplan ve ark⁸ araştırmalarında osteomların % 81,3'ünün, Chaurasia ve Balan⁹ % 83'ünün, Woldenberg ve ark⁴ ise % 64'ünün mandibulada bulunduğunu bildirmişlerdir. Söz konusu olguların her ikisi de lezyonun sıklıkla yerleştiği mandibula da bulunmaktadır.

Lezyonların mandibulada sıklıkla korpusta yerleştiği bildirilmektedir.⁴ Korpus mandibulanın lingual tarafı ve alt sınırı lezyonun en sıklıkla gözlendiği bölgedir.¹⁰ Sunulan 2 olgudan biri mandibulanın bukkal bölgesinde yer alarak nadir yerleşimli bir osteom olma özelliği

taşımaktadır. Periferik osteomun etiyojisi ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ancak gerçek bir neoplazi, gelişimsel bir anomali veya travma ve enfeksiyon sonucu gelişen reaktif bir doku büyümesi olduğu düşünülmektedir.¹¹ Kaplan ve ark. ise travma veya kasların çekme gücüyle yaratılan gerginliğin subperiostal kanama ve ödeme neden olarak, periosteomu yukarı doğru itmesinin periferik osteomların gelişmesine zemin hazırladığını ileri sürmektedirler.¹² Sunulan her iki olguda da herhangi bir travma ve enfeksiyon hikayesi bulunmamaktadır. Klinik olarak periferik osteomlar genellikle tek taraflı, sesil veya saplı yapıda, iyi sınırlı lezyonlar olup boyutları 10 ile 40 mm arasında değişmektedir. Genellikle asemptomatik olan lezyonlar lokalizasyon ve büyüklüklerine bağlı olarak şişlik, yüzde asimetri ve fonksiyonel bozukluk yaratabilmektedir. Şişlik genellikle herhangi bir ağrı oluşturmaz.^{5,11} Sunulan lezyonlardan biri saplı, diğeri sesil yapı taşıymaktaydı ve belirli bir büyüklüğe ulaşmaları ve çiğneme fonksiyonunu etkilemeleri dışında herhangi bir klinik belirti göstermedikleri saptandı. Lezyona ait yaş aralığı ve cinsiyet ayrımı hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır. Son yıllarda Nah tarafından yapılan retrospektif araştırmada yaş aralığının 18 ile 69, yaş ortalamasının ise 42, kadın erkek oranının ise 2,6:1 olduğu bildirilmektedir.² Bu vaka raporunda tanımlanan her iki hasta kadındı ve orta yaşlarda bulunmaktaydı. Osteomların radyografik olarak klasik bulgu vermeleri kolay teşhis edilebilmelerine olanak tanımaktadır. Radyografik görüntüleri genellikle yuvarlak veya oval, iyi sınırlı radyopak kitle şeklindedir. Küçük boyutlardaki lezyonlarda panoramik radyografiler yeterli olabilmekle birlikte, lezyonun boyutu ve çevre dokularla ilişkisinin önemli olduğu boyutlara ulaşması durumunda bilgisayarlı tomografi kullanılabilir.¹³ Bizim olgularımızdaki lezyonların klinik ve panoramik radyografilerdeki görüntüleri tanı ve tedavi için yeterli olduğunu düşünmekteyiz. Çenelerde lokalize olan osteomların ayırıcı tanısı, eksoztoz, osteoblastom, osteoid osteom, santral ossifiyan fibrom gibi kemik içerikli, kompleks odontom gibi diş kökenli lezyonlarla yapılması gereklidir. Eksoztozlar puberte sonrası büyümelerinin durmasıyla, santral ossifiye fibrom çevresini düzgün bir şekilde sınırlayan radyolüsent çizgiyle, osteoblastom ve osteoid osteoblastom ise ağırlı olmaları ve osteomlara göre hızlı büyüme eğilimi göstermeleriyle, kompleks odontoma ise kemikten daha radyopak radyografik görüntüsüyle periferik osteomlardan ayırtılabilmektedir.¹¹ Asemptomatik osteomlar her zaman cerrahi olarak eksizyon gerektirmezler. Cerrahi yaklaşım aktif olarak büyüme eğilimi gösteren, büyük boyutlara ulaşmış estetik ve fonksiyonel bozukluk yarattığında gereklidir. Bu durumda lezyonun parçası olduğu kortikal kemikten tam olarak eksize edilmesi gerekmektedir.¹⁴ Osteomlara cerrahi yaklaşım lezyonun

lokalizasyonun bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Çoğunlukla intraoral cerrahi yaklaşım uygulanmasına rağmen angulus bölgesinde lokalize lezyonlarda ekstraoral cerrahi yöntemler uygulanabilmektedir.^{12,15} Ekstraoral cerrahi yöntemler iyi bir görüş alanı sağlamakla birlikte kötü skar oluşumu mandibuler sinir, fasiyal arter veya venin hasarı gibi komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Bizim her iki olgumuzda da intraoral olarak ulaşılacak lokalizasyonları nedeniyle ağız içi cerrahi yöntem tercih edilmiştir.¹⁶ Çenelerde lokalize olan osteomların bir çoğu münferit olmakla birlikte, çene ve yüz bölgesinde birden fazla osteom, çok sayıda süpernumerer diş ve kolorektal polipozis ile karakterize Gardner Sendromu ile ilişkili de olabilmektedir.¹³ Bu makalede rapor edilen hastalarımızda Gardner Sendromuna yönelik herhangi bir klinik bulgu yoktu. Osteomların tedavi sonrası nüksetme olasılığı çok düşüktür ve malignleşme riski bulunmamaktadır. Sonuç olarak, osteomlar nadiren çene kemiklerinde görülmektedir. Bu lezyonların büyümeleri sonucu estetik ve fonksiyonel bozukluklar yaratması halinde cerrahi olarak eksizyonları gerekir.

Kaynaklar

1. Bulut E, Acikgoz A, Bora O, Gunhan O. Large Peripheal Osteoma of the Mandible. Int J Dent 2010; Article ID 834761. Doi:10.1155/2010/834761
2. Nah KS. Osteomas of the craniofacial region. Imaging Sci Dent. 2011;41(3):107-13.
3. Johann ACBR, de Freitas JB, de Aguiar MC, de Araújo NS, Mesquita RA. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. J Craniomaxillofac Surg 2005; 33(4):276-81.
4. Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: a study of 14 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005; 10 Suppl 2: E139-42
5. Akarşlan ZZ, Kocabay C, Akar V, Akpınar D, Tokman B, Erten H. Mandibulada asimetriye neden olan periferik osteoma: Olgu sunumu ve literatür derlemesi. Cumhuriyet Dent J 2008; 11: 40-44.
6. ID Roy. Peripheral Osteoma of Mandible. MJAFI 2008; 64; 385-386
7. Gaudar G, Ravikumar R, Manjunath GA, Mahadesh J. Osteoma of the mandible. Journal of Dental Sciences & Reserarch 2011; 2: 116-22.
8. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 106(3): e22-9.
9. Chaurasia A, Balan A. 'Peripheral osteomas of jawws- a case study of six cases. Kerala Dental Journal 2009; 32: 23-267
10. Swanson KS, Guttu RL, Miller ME. Gigantic osteoma of the mandible: report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 1992; 50(6): 635-8.

11. Sayan NB, Uçok C, Karasu HA, Günhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60(11): 1299-301.
12. Kaplan I, Calderon S, Buchner A. Peripheral osteoma of the mandible: a study of 10 new cases and analysis of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52(5): 467-70.
13. Ogbureke KU, Nashed MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: a case report and review of the literature. Pathol Res Pract. 2007;203(3):185-8.
14. Larrea-Oyarbide N, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Osteomas of the craniofacial region. Review of 106 cases. J Oral Pathol Med. 2008; 37(1): 38-42.
15. Terra ER, Ramos FMM, Gomes PP, Passeri LA, Boscolo FN. Peripheral osteoma of the mandible. Braz Oral Sci 2005; 4: 753-756.
16. Toma VS, Mathog RH, Toma RS, Meleca RJ. Transoral versus extraoral reduction of mandible fractures: a comparison of complication rates and other factors. Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 128(2): 215-9.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Erinç ÖNEM

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD Bornova
İzmir-Türkiye

Tel : +90 232 2854480; +90 532 7025972

E-posta: onemerinc@hotmail.com