

PAPER DETAILS

TITLE: SANTRAL ODONTOJENİK FİBROMA- OLGU RAPORU

AUTHORS: Elif Naz YAKAR YETA,Necmettin YETA,Ibrahim KILIÇ,Kivanç KAMBUROGLU

PAGES: 43-48

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1865929>

SANTRAL ODONTOJENİK FİBROMA- OLGU RAPORU

Central Odontogenic Fibroma- A Case Report

Elif Naz YAKAR YETA *

İbrahim KILIÇ***

Necmettin YETA**

Kıvanç KAMBUROĞLU*****

Abstract

Central odontogenic fibroma (COF) is an uncommon benign neoplasm composed by varying amounts of inactive looking odontogenic epithelium embedded in a neoplastic mature and fibrous stroma. The lesion (COF) is a benign, painless, slow-growing tumor associated with expansion of the bone cortex. The radiological findings of central odontogenic fibroma commonly include uni- or multilocular radiolucent area with a well-defined margin, which are similar to those of cysts and other benign tumors of the jawbone. Therefore, it is difficult to distinguish COF from these jawbone lesions on radiographs because of their noncharacteristic findings. To the best of our knowledge there are a few reports about the Cone Beam Computed Tomography (CBCT) findings of COF in the literature. This article presents a case of central odontogenic fibroma occurring in the left region of the mandible of a 25-year old female patient with the clinical findings, radiological investigation with 3 dimensional and cross-sectional images of CBCT, diagnosis and treatment procedure.

Key words: central odontogenic fibroma, benign tumour, cone beam computed tomography

Özet

Santral odontojenik fibroma (SOF) neoplastik yapı ve fibröz stroma içine gömülen çeşitli miktarlarda inaktif görünümlü odontojenik epitel- yum içeren, nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Bu lezyon (SOF) kemik korteksinde ekspansiyon yaratan, iyi huylu, ağrısız, ve yavaş büyüyen bir tümördür. Radyolojik bulguları iyi sınırlı, uni veya multiloküler radyolusent içerikli, genellikle yuvarlak şekillidir. Bu özelliğinden dolayı kistlere ve

çenenin diğer iyi huylu tümörlerine benzer. Karakteristik radyografik bulguları olmadığı için radyografik incelemelerde santral odontojenik fibromayı çenenin diğer lezyonlarından ayırmak zordur. Literatürde SOF'un konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KİBT) ile radyolojik açıdan ayrıntılı ve üç boyutlu olarak incelendiği vakalar sınırlı sayıdadır. Bu vaka raporunda 25 yaşında kadın hastada sol mandibular bölgede lokalize santral odontojenik fibromun klinik bulguları, radyolojik olarak üç boyutlu ve kesitsel konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntüleri, teşhis ve tedavisi anlatılmaktadır.

Anahtar kelimeler: santral odontojenik fibroma, benign tümör, konik ışınli bilgisayarlı tomografi

GİRİŞ

Odontojenik fibroma değişik tiplerde kategorize edilen nadir görülen benign bir neoplazmdir. Dünya sağlık örgütünün (WHO) yaptığı bir sınıflamaya göre epitelden basit tip ve epitelden zengin tip (kompleks veya WHO tip) olmak üzere iki farklı histolojik tipe ayrılmıştır (1). Lokalizasyonuna göre ise kemik içi (santral) ve periferik tip olarak sınıflandırılmıştır (2). Santral odontojenik fibroma neoplastik yapı ve fibröz stroma içine çeşitli miktarda inaktif görünümlü odontojenik epitelin gömülmesiyle karakterize nadir görülen bir neoplazmdir. Tüm çene tümörlerinin %1'ini oluşturur (3). Lezyonun diş germinde (dental papilla veya folikül) veya periodontal membrandan köken aldığı bilinmektedir (4,5,6). Bu nedenle dişin kökü veya kronuyla ilişkili görülebilir

*

** Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AB.D.

*** Dt. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AB.D.

**** Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AB.D.

(2,3). Lezyonun diğer radyolusent lezyonlardan ayrımı zordur. Yavaş büyüyen, genellikle asemptomatik, maksilla veya mandibulada lokalize olabilen, kortikal ekspansiyon yaparak gelişen bir lezyondur (3,4,5). Genellikle rutin kontrollerde ortaya çıkar. Radyografik görüntüsü radyolusent, bazen mikst radyodensiteli ve iyi sınırlıdır. Uniloküler veya multiloküler olabilir. Literatürde agresif karakter göstererek kök rezorbsiyonu ve köklerde yer değişikliği yaratan vakalar da rapor edilmiştir (3,4). Bu vaka raporunda mandibulada kök rezorbsiyonuyla birlikte izlenen santral odontojenik fibromanın klinik bulguları, konik ışınli bilgisayarlı tomografi ile 3 boyutlu radyolojik incelemesi, tedavi planı ve takibinden bahsedilecektir.

VAKA RAPORU

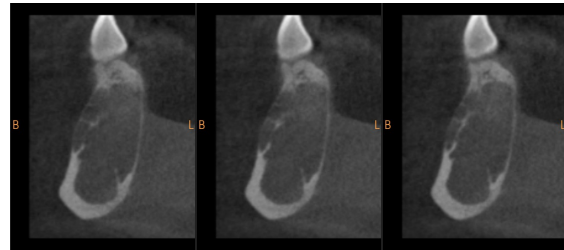
25 yaşında kadın hasta mandibular sol kanin-premolar bölgede lokalize hafif bir şişlik nedeniyle Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalına başvurdu. Hastadan alınan anamnezde şişliğin bir yıl içinde yavaş geliştiği ve herhangi bir semptom oluşturmadığı öğrenildi. Son zamanlarda direk palpasyonda ve nadiren spontan olarak ağrı duyduğunu belirtti. Hastanın sistemik hiçbir hastalığı olmayıp, düzenli ilaç ve sigara kullanımı yoktu. Yapılan klinik muayenede ekstraoral bir şişlik ve asimetri izlenmedi. İntraoral muayenede, mandibula sol kanin premolar bölge vestibul alveol kemiğinde hafif ekspansiyon yaratan sert yapılı bir şişlik gözlemlendi. Vitalite değerlendirmesi için uygulanan elektrikli pulpa testinde ilgili dişler vital bulundu. Dişlerde mobilite mevcut değildi. Sol mandibular kanin ve birinci premolar diş arasında diastemayla kendini gösteren hafif yer değişikliği farkedildi. İlgili bölge submandibular lenf muayenesinde lenfadenopatiye rastlanmadı.

Radyografik inceleme için öncelikle panoramik radyografi tercih edildi. Sol mandibular kanin ve premolar bölgede lokalize 1,5 x 2 cm boyutlarında yuvarlak, iyi sınırlı, uniloküler, radyolusent içerikli lezyon tespit edildi. Lezyonun koronal sınırları ilgili dişlerin interradyoküler alanlarına ulaşmaktaydı (Şekil 1). Detaylı bilgi elde etmek için KIBT'dan yararlanıldı (Kodak 9000 Rochester, US). Dar görüntüleme

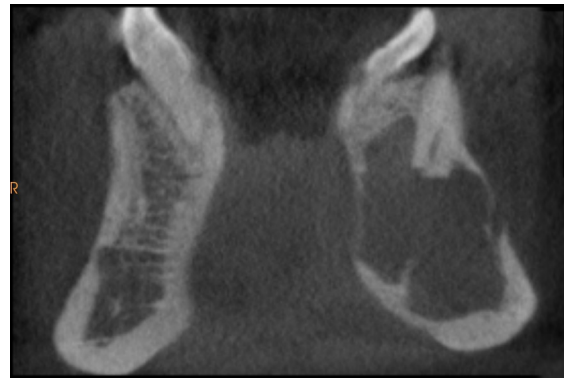
alanı ile elde edilen verilerde 1mm kalınlık 1mm aralıklı multiplanar rekonstrüksiyonlar oluşturuldu (70 KvP, 10 mA, 21,6 sn, 435 mGy.cm², 200 µm³). Kesitsel görüntülerde lezyon içeriğinde ince septalar bulunduğu, lezyon sınırlarının yuvarlak, ince kortikal yapıda olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Ayrıca lezyonun agresif bir karakter göstererek ilgili dişlerin köklerinde yer değişikliği ve rezorbsiyon meydana getirdiği de görüldü (Şekil 3). Aksiyal kesitlerde bukko-lingual yönde ekspansiyon izlendi. Radyografik ve klinik bulgular ışığında lezyonun multiloküler ameloblastoma, santral dev hücreli granüloma veya santral odontojenik fibroma olabileceği düşünüldü.



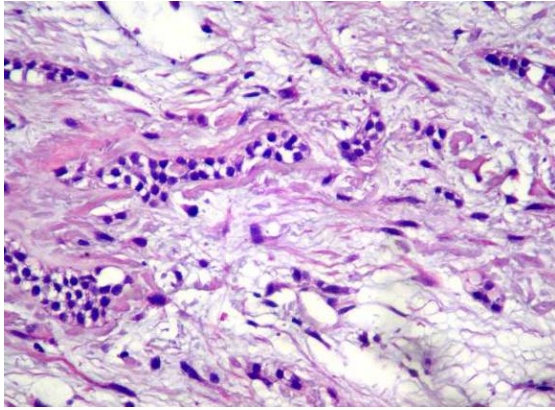
Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

Hasta Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalına sevk edildi. Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde sıvı içerik alınmadı. Lezyonun solid yapılı olabileceği düşünüldü. Lokal anestezi altında uygun cerrahi prosedür uygulanarak mandibular sol kaninden sol birinci molarlara uzanan bukkal flep kaldırıldı. Vestibül kortikal kemiğin en ince bölgesinden lezyona ulaşıldı. Solid içerikli, sarımsı beyaz renkli, kemikten kolay ayrılan bir kitle gözlemlendi. Lezyonun enükleasyonu yapılarak ilgili dişler çekildi. Bölge kürete edildi. Lezyon içeriği %10'luk nötral formalinde fikse edilerek histolojik incelemeye sunuldu.

Mikroskopik incelemede tipik storiform demetler halinde minimal kollajenöz bağ doku stromalı fibrotik hücreler içeren tümör izlendi. Az sayıda kalsifiye kemik spikülleri ve trabeküller saptandı. Epitelyal yapılar, dev hücreler, köpük hücreleri, dentin veya sement izlenmedi. Ayrıca stellate retikulumu düşündüren ince odaklar kaydedildi (Şekil 4). Lezyonun radyografik bulgular ile birlikte histopatolojik incelemesi sonucunda ‘basit tip santral odontojenik fibroma’ olduğu tespit edildi. Hastanın devam eden 1 yıllık takibi sonucunda rekkürens görülmedi.

TARTIŞMA

Santral odontojenik fibromalar dental orijinli mezenşimal dokulardan köken alan oral kavitenin oldukça nadir görülen tümörleridir.

Hayatın 4. dekadından önce çoğunlukla teşhis edilirler (2, 10). Teşhisi sıklıkla 2. veya 3. dekada yapılır. Kadınlarda erkeklere oranla 2:1 oranında daha sık görülür (3). Genellikle mandibula molar bölgede ve maksilla anterior bölgede lokalize olur (11,3, 12). Ramer ve diğerleri'nin yaptığı bir derlemede 34 vakanın 25'i mandibula posterior bölgede geri kalanı maksilla anterior bölgede bulunmuştur (13). Bizim vakamız mandibula anterior bölgede lokalizedir.

Sınıflaması konusunda literatürde geçmişten bu yana birçok fikir ortaya atılmış olsa da en çok kabul gören WHO'nun sınıflamasıdır. Basit tip SOF içerisinde arada odontojenik epitelyal yapıların bulunduğu, distrofik kalsifikasyon içeren veya içermeyen yıldız benzeri fibroblastlar bulundurulur. Bu alt grup Dünya Sağlık Örgütü tarafından ayrıca ‘miksofibroma’ olarak da sınıflanmıştır (4). Kompleks tip SOF ise kollojen demetler, tek tek veya adalar halinde odontojenik epitelyum ve hücreyel fibroz bağ doku açısından daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Literatürde SOF içeriğinde granüler hücreler, fibroblastlar ve dev hücreler gibi farklı hücreyel yapılar bulunduğu da rapor edilmiştir (5, 6, 7, 8). Odontojenik fibromanın patojenezisi halen kesin değildir. Hem kendine özgü reaktif süreci (hamartom), hem de neoplazm özelliği literatürde tamamen kanıtlanamamıştır (1). Covani ve diğerleri SOF'un dental papilla, periodontal ligament veya dental folikül gibi mezenşimal odontojenik dokulardan köken aldığını düşünmüşlerdir (9). WHO sınıflamasının histojenezisine bakıldığında epitelden basit tip SOF'un dental folikülden köken aldığı, epitelden zengin tipin periodontal ligamentten oluştuğu düşünülmektedir (2). Ayırıcı olmayan histolojik bulgularından dolayı hiperplastik dental folikül, odontojenik miksomalar, desmoplastik fibromalar gibi diğer lezyonlarla karışabilir. Bu nedenle odontojenik fibromanın teşhisinde klinik, radyolojik ve patolojik bulguların beraber değerlendirilmesi önemlidir (4, 7, 8).

Klinik olarak SOF lezyonlarının çoğu kortikal alveolar kemikte yavaş ekspansiyon yapan, asemptomatik davranışlıdır. Yapılan bir

araştırmada lezyonun gösterdiği klinik semptomlar sırayla en sık vestibular veya lingual kortikal çıkıntı (%75), ağrı (%50) ve kök rezorbsiyonu (%37,5) olarak bulunmuştur (14).

Radyografik olarak SOF radyolüsent veya miks bulgu verebilir (5, 7). SOF lezyonlarının çoğu radyolüsent, uniloküler ve iyi sınırlıdır (3, 9). Geniş lezyonlar multiloküler ve daha agresif karakterde izlenebilir (4). SOF'un radyografik bulguları travmatik kemik kisti, ameloblastoma, odontojenik kistler, santral dev hücreli granüloma ve endodontik lezyonlar gibi diğer radyolüsent lezyonlara benzer (3, 4). Uniloküler radyolüsent lezyonlar kanin ve birinci premolar bölgesinde köklerle ilişkili ve iyi sınırlı görüldüğünde lateral periodontal kist ile karışabilir (5). Uniloküler santral odontojenik fibromalar kök apeksleriyle ilişkili görüldüğünde, pulpa kaynaklı lezyonlardan ayırt edilmesi zordur (5). Bu nedenle ilgili dişlerin vitalite değerlendirmesi önemlidir. Araki ve diğerleri, SOF'u radyografik bulgularla teşhis etmenin oldukça zor olduğunu, özellikle lezyon, gömülü bir diş kronuyla ilişkili olduğunda dentigeröz kist ile karıştırılabileceğini raporlamıştır. Ayrıca KIBT ile lezyonun kalsifikasyon bulgularını, kemik trabekülü invazyonunu tanımlanabileceğini savunmuştur (15). İki boyutlu görüntüleme yöntemlerinde lezyon sınırları bukkolingual olarak net izlenemez. Komşu anatomik yapılarla ilişkisi açısından en detaylı bilgi KIBT görüntüleme ile sağlanır. Lezyon içeriğindeki kalsifikasyonlar 2 boyutlu görüntülemeyle izlenemeyebilir. Vakamızda panoramik radyografıta izlenemeyen ince septa yapıları, KIBT ile görüntülenebilmiştir. Ayrıca KIBT'nin düzensiz sınırlar hakkında bilgi verdiği vakalar da bildirilmiştir (15).

SOF için gerekli tedavi seçeneği konservatif cerrahidir. Enükleasyon ve ardından iyi bir küretaj genellikle başarılı sonuç verir (6,9). Lezyonun genişliğine göre kemik grefti düşünülebilir (5). Rekürrens nadirdir ve prognoz iyidir (1,9). Ramer ve diğerleri, 68 vakadan 5'inde rekürrens tespit etmişler, bu durumun histolojik tipte ilişkili olmayıp lezyonun yetersiz enükleasyonundan kaynaklandığını düşünmüşlerdir (13). SOF kemik ve diş yapı-

larına yapışmayan bir lezyondur. Bu nedenle çıkarılması kolaydır (5). Bu vakada enükleasyon ardından iyi bir küretaj yapılmıştır. Klinik ve radyolojik olarak bir yıllık takibi devam etmektedir ve rekürrens görülmemiştir. Santral odontojenik fibromanın doğru teşhis ve tedavisi için dikkatli bir radyolojik ve klinik muayene ile beraber histopatolojik inceleme önemlidir.

Literatürler:

1. Philipsen HP, Reichart PA, Sciubba JJ, van der Waal. **Odontogenic fibroma**. In *World Health Organization Classification of tumours. Pathology and genetics of Head and neck tumours*. Edited by Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Lyon: 2005: 315- 318.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. International Agency for Research on Cancer. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC; 2005, p.315.
3. Daniels JS. Central odontogenic fibroma of mandible :A case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98 (3): 295- 300.
4. Kaffe I, Buchner A. **Radiologic features of central odontogenic fibroma**. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994, 78 (6): 811-8.
5. Covani U, Crespi R, Perrini N, Barone A. Central odontogenic fibroma: a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10 (Suppl 2): E154- 7.
6. Cicconetti A, Bartoli A, Tallarico M, Maggiani F, Santaniello S. Central odontogenic fibroma interesting the maxillary sinus. A case report and literature survey. *Minerva Stomatol* 2006; 55 (4): 229- 39.
7. Ikeshima A, Utsunomiya T. **Case report of intra-osseous fibroma: a study on odontogenic and desmoplastic fibromas with a review of the literature**. *Journal of Oral Science* 2005, 47 (3): 149- 57.
8. Slootweg PJ, Muller MD. **Central fibroma of the jaw, odontogenic or desmoplas-**

tic. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983, **56** (1): 61- 70.

9. Bodner L. Central odontogenic fibroma: A case report. *Int. J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22 (3): 166-7.

10. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64 (9): 1343-52.

11. White SC, Pharoah MJ. Oral radiology: principles and interpretation vol 4th ed. St Louis, Mosby; 2000, p.438- 439.

12. Handlers J, Abrams AM, Melrose RJ, Danforth R. Central odontogenic fibroma: clinicopathologic features of 19 cases and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49 (1): 46- 54.

13. Ramer M, Buonocore P, Krost B. Central odontogenic fibroma, report of a case and review of the literature. *Period Clin Invest* 2002; 24 (1): 27- 30.

14.Hrichi R, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Central odontogenic fibroma: retrospective study of 8 clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 1; 17 (1): 50- 5.

15. Araki M, Nishimura S, Matsumoto N, Ohnishi M, Ohki H, Komiyama K. Central odontogenic fibroma with osteoid formation showing radiographic appearance. *Dentomaxillofac Radiol* 2009 38 (6): 426- 30.

Yazışma adresi

Elif Naz YETA
Ankara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Radyolojisi
Adres: 1428. Sokak 16/12
Çukurambar-Çankaya-Ankara
Tel: 0530 041 11 53
e-mail: dtnazzyakar@hotmail.com

