

Maksiller Ön Bölgede Kemik Rezorpsiyonu ile Gözlenen Sıra Dışı Büyüklükte Masif Fibroz Epulis

An Unusually Massive Fibrous Epulis Observed with Bone Resorption on the Maxillary Anterior Region: Case Report

Hatice Cansu KIŞ,^a
Ahmet Ercan ŞEKERCİ,^a
Ahmet Emin DEMİRBAŞ,^b
Meryem ETÖZ,^a
Kemal DENİZ^c

^aAğız Diş ve Çene Radyolojisi AD,
^bAğız Diş ve Çene Cerrahisi AD,
Erciyes Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
^cPatoloji AD,
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kayseri

Geliş Tarihi/Received: 15.04.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 29.06.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Hatice Cansu KIŞ
Erciyes Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD,
Kayseri,
TÜRKİYE/TURKEY
drhacankis@gmail.com

ÖZET Masif fibroz epulis (MFE), bağ dokusunun fibroz hiperplazisidir. Diş etinde lokalizedir ve hareketli protezlerin uzun süreli kullanımına bağlı olarak görülme sıklığı artar. Üst ve alt çenede eşit oranda görülmekle birlikte anterior bölgede posteriora göre daha sık karşılaşılr. Etiyolojisinde kötü uyumlanmış protez nedeni ile oral mukozanın lokal irritasyonu sonucu oluşan kemik rezorpsiyonu rol oynar. Histolojisinde, yoğun kollajen iplikçikler içerisine mononükleer hücre infiltrasyonu görülür. Tedavi protokolü, cerrahi eksizyonla birlikte uygun protetik rekonstrüksiyon ve protezin yenilenmesidir. Uygun protetik tedavi ile nüks görülmez.MFE, bir yumuşak doku lezyonu olması nedeni ile genellikle radyografik bulgu vermemektedir. Bu çalışmada, oluşturduğu kemik rezorpsiyonu nedeni ile radyografik bulgu veren bir masif fibroz epulis (MFE) olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Diş eti neoplazileri; patoloji, oral; kemik rezorpsiyonu

ABSTRACT Massive fibrous epulis (MFE) is a connective tissue hyperplasia. It is located over the soft tissues of the gingiva and increases the incidence depends on long term use of prosthesis. It is seen equally in upper and lower jaws, but more often faced by the region anterior to posterior. Poor fix prosthesis plays a role in the etiology which caused local irritation on the oral mucosa with bone resorption. Histologically, mononuclear cells infiltration into the dense collagen strands. Treatment protocol for these lesions is surgical excision with appropriate prosthetic reconstruction and renew the prosthesis. It is not recurrence with the appropriate prosthetic treatment. MFE does not usually radiographic findings. These case report we presented a massive fibrous epulis (MFE) which can be detected in radiography in terms of bone resorption.

Key Words: Gingival neoplasms; pathology, oral; bone resorption

Türkiye Klinikleri J Dental Sci Cases 2016;2(2):93-6

Epulis; nispeten sık rastlanan, tümör benzeri jinjival bir lezyonu tanımlayan klinik bir terimdir.¹ Bu terim (Yunanca'da "epi"-üzerinde-ve "oulon"-diş eti) ilk kez Virchoff tarafından 1864 yılında kullanılmıştır.² Epulis gerçek bir neoplazi yerine reaktif bir büyüme olarak düşünülür ve genellikle asemptomatiktir.¹

Lezyon, kötü uyumlu protezlerin uzun süreli kullanımı ile protez kenarının kronik olarak düşük dereceli travma oluşturması sonucu oluşan mukoza hiperplazisidir. Alveolar krette oluşan rezorpsiyon sonucu vestibüler mukozada protez kenarı daha derine yerleşir. Bu durum, mukoza proliferasyonu ile görülen inflamatuvar fibroz hiperplazi (İFH)'nin oluşmasına neden olur.^{3,4} Her ne kadar fissüre bakan alt kısmı genelde kırmızı ve ülsere

olsa da lezyon genellikle sıkı, fibroz ve pembe izlenmektedir.⁵ Kadınlarda daha sık karşılaşılan bu lezyon, mandibula ile maksillada eşit oranda görülür ve çenelerin anteriorunda posteriora göre daha sık gözlenir.⁵

Bu lezyonlar alveol kretinin vestibül ya da lingual yüzünde hiperplastik doku olarak görülürler.⁶ Klinik olarak teşhis etmek zor olmasa da spinoseller karsinomla ayırıcı tanılarının yapılması önemlidir.⁵

Epulis tedavisinde en iyi yöntem altta yatan etiyolojik nedeni elimine etmek ve lazer veya cerrahi eksizyonun ardından preprotetik rekonstrüksiyon sonrası protetik tedavinin gerçekleştirilmesidir.⁶

Bu çalışmada, maksiller vestibül yüzeyde radyografik olarak kemik rezorpsiyonu ile izlenebilen bir masif fibroz epulis (MFE) olgusu, izlenen tedavi protokolü ve ayırıcı tanısı literatür eşliğinde sunulmuştur.

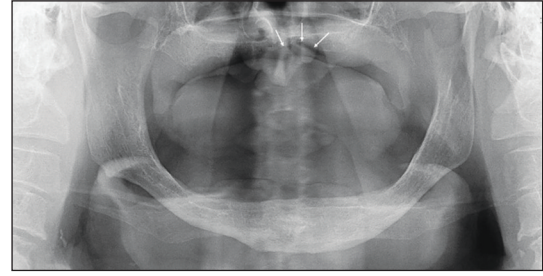
OLGU SUNUMU

Yetmiş dört yaşındaki erkek olgu, üst çenesinde büyüyen ağrısız lezyonlar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde olgunun sistemik rahatsızlığının bulunmadığı öğrenildi. Olgunun klinik muayenesinde sağ üst çene premolar bölgesindeki lezyon; soluk pembe renkte, fibroz, elastik, katlantılar şeklinde 0,5x1x0,5 cm boyutlarında izlenirken, sol üst çene keser bölgesindeki lezyon, diş etine yaklaşık 1 cm'lik bir fibroz sap ile bağlı, oval şekilli, 2,5x3x2,5 cm boyutlarında izlendi (Resim 1).

Panoramik radyografıta maksiller anterior bölgede düzenli sınırlı olan rezorpsiyon alanı görüldü



RESİM 1: Olgunun maksiller anterior bölgesinde izlenen epulisin intraoral klinik görüntüsü.



RESİM 2: Panoramik radyografıta maksiller anterior bölgede gözlenen 1,4x0,4 cm boyutlarında düzgün kenarlı kemik rezorpsiyonu.

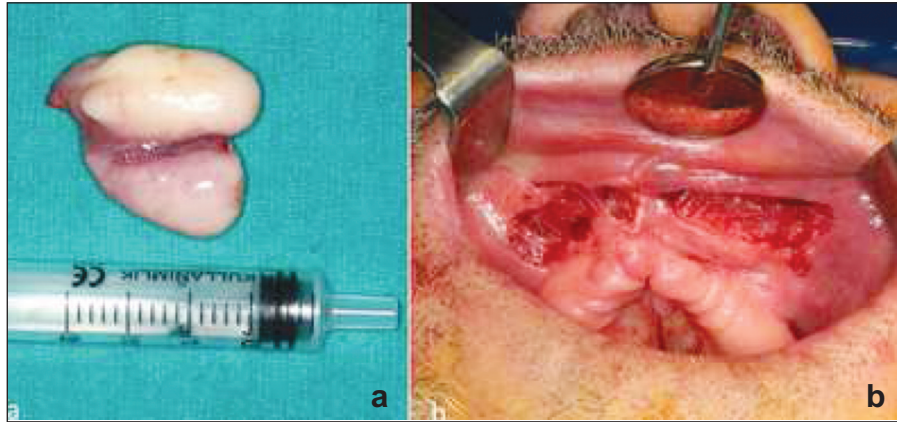
(Resim 2). Vestibüloplasti operasyonu planlanan olgunun vestibüloplasti plağı için ölçü alındı ve lezyonlar bir hafta sonra lokal anestezi altında eksize edildi (Resim 3a). Sol üst çene keserbölgesindeki lezyonun makroskopik görüntüsünde 0,5 cm çapında tutunma alanı bulunan, 2,5x3x2,5 cm boyutlarında soluk pembe renkli, lobüle görünümde elastik kıvamlı lezyon histopatolojik incelemeye gönderildi (Resim 3b). Postoperatif ağrı, hematoma veya enfeksiyon gibi komplikasyonlar izlenmedi.

Histopatolojik incelemede; yüzeysel çok katlı yassı epitelle örtülü poligonal yapı içerisinde yoğun fibrotik stroma ve orta yoğunlukta mononükleer infiltratif hücre infiltrasyonu görülen lezyona MFE tanısı konuldu (Resim 4a, b). Operasyondan 5 hafta sonra olgu kontrole çağırıldı ve yapılan muayenede sekonder iyileşmenin başarılı olduğu görüldü (Resim 5).

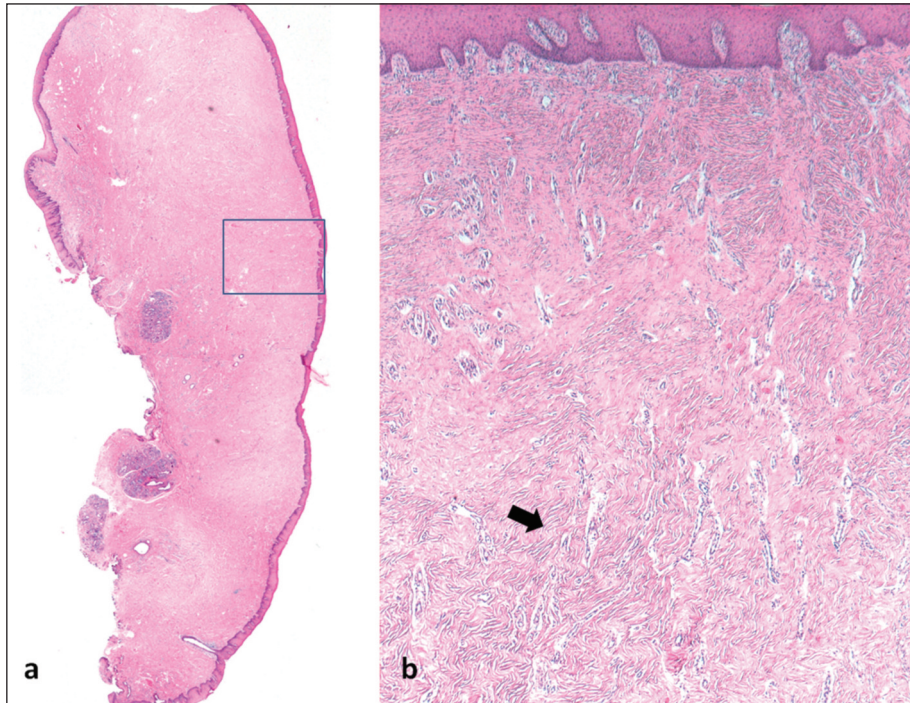
TARTIŞMA

Epulisin oral mukozanın benign tümörü mü yoksa granülomatöz bir hiperplazi mi olduğu tartışma konusu olmuştur. Anneroth ve Sigurdson 1983 yılında belirli bir bölgeyi temsil eden "epulis" yerine ağız mukozasının daha geniş alanına hitap eden "hiperplazi" terimini tercih etmişler ve histolojik özellikler temelinde granülomatöz hiperplazi, fibromatoz hiperplazi ve dev hücre lezyonları şeklinde 3 ana grup belirlemişlerdir.⁷

Epulis genellikle protez kenarına komşu maksiller veya mandibuler vestibüler alanda lokalizedir. Oluşumunda kötü uyumlanmış protezlerin uzun süreli kullanılması sonucu ortaya çıkan kemik rezorpsiyonu ana etkindir.^{3,4,8} Olgumuzda da lezyonun mevcut olduğu bölgeye komşu kemik ya-



RESİM 3: a) Operasyon sonrası çıkarılan parçanın makroskobik görüntüsü. b) Olgunun postoperatif ağız içi görüntüsü.



RESİM 4: a) Kronik irritasyon sonucu oluşan inflamasyon nedeni ile biriken kollajenden zengin, fibroz bağ dokusu kesiti görülmektedir (H&Ex10) b) Kollajen demetleri okla gösterilmiştir (H&Ex200).

pıda düzgün sınırlı rezorpsiyon olduğu görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada, total veya parsiyel protez kullanan hastaların yaklaşık %14'ünde epulis fissuratum varlığı saptanmıştır.⁹ Coelho ve ark.nın yaptıkları çalışmada, protez kullanım süresi arttıkça epulis fissuratum oluşma sıklığının da arttığı bildirilmiştir.⁹ Canger ve ark. tarafından Türk popülasyonunda gerçekleştirilen bir çalışmada, 10 yıl-



RESİM 5: Operasyondan 5 hafta sonra operasyon sahasının görünümü.

dan uzun süreli protez kullanımında İFH görülme sıklığı %72,5 olarak bildirilirken, 10 yıl ve daha kısa süreli kullanımlarda bu oranın sadece %27,5 olduğu bildirilmiştir.¹⁰

Genellikle karakteristik klinik görünümü ve benign özelliğinden dolayı histopatolojik incelemeye gerek duyulmaz. Ancak malign dönüşüm riskinin yüksek olması hâlinde (uzun süreli kronik irritasyon ve inflamasyon) histopatolojik incelemenin gerekli olduğunu savunan birçok araştırma mevcuttur.^{11,13,14} Olgumuzda lezyonun büyük olması ve malign dejenerasyon riskinin bilinmemesi nedeni ile ana kitle histopatolojik incelemeye gönderilmiştir.

Tedavide en iyi yöntem, altta yatan etiyolojik nedenin elimine edilmesiyle birlikte, lezyonun cerrahi eksizyon veya lazerle alınmasıdır. Fibroz epulis, kozmetik problemler veya lokal irritasyon dışında önemli bir şikâyet nedeni değildir. Ancak sadece irritasyon kaynağının ortadan kaldırılması

lezyonun boyutunda bir miktar küçülme sağlasa da tam bir iyileşme görülmez.¹⁵

Sunulan olguda, lezyonun operasyon esnasındaki kanama miktarını azaltmak ve daha fibrotik hâle gelmesini sağlamak için lokal irritan olan eski protezin kullanımı sonlandırılmıştır. Cerrahi operasyon protez kullanımının sona ermesini takip eden bir haftalık sürenin sonunda gerçekleştirilmiş ve hemen ardından da preprotetik işlem olarak vestibüloplasti yapılmıştır.

Sonuç olarak kötü uyumlanmış proteze komşu dokularda travmaya bağlı oluşan kemik rezorpsiyonu, bağ dokudaki inflamasyon ve uzun süreli protez kullanımı epulis oluşumuna neden olmaktadır. Lezyonun eksizyonu preprotetik cerrahinin ardından uygun protez yapımı ile tedavi edilmektedir. Bu çalışmada da kemik rezorpsiyonu ile birlikte görülen bir epulis olgusuna cerrahi eksizyonun ardından vestibüloplasti operasyonu uygulanmış ve tam protezi yenilenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Tajima H. A histopathological and immunohistochemical study of pathological ossification in epulis osteoplastica. *Oral Med Pathol* 2009;13(3):91-8.
2. Geissmann F, Lepelletier Y, Fraitag S, Valadeau J, Bodemer C, Debré M, et al. Differentiation of Langerhans cells in Langerhans cell histiocytosis. *Blood* 2001;97(5):1241-8.
3. Özeç İ, Kılıç E. Nadir lokalizasyonda görülen epulis fissuratum (vaka raporu). [Epulis fissuratum seen in rare localization (case report)] *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2004;7(1):34-6.
4. Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers *Clin Prev Dent*. 1992;14(5):11-4.
5. Gavasova G, Budev I, Atanasov D. Epulis fissuratum clinical appearance and treatment. *Pharmacologyonline* 2008;1(1):50-5.
6. Büyüklü F, Türkoğlu Babakurban S, Çaylak B, Çakmak O. Epulis Fissuratum. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008;1(4):229-31.
7. Tamarit-Borrás M, Delgado-Molina E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. [Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10(2):151-62.
8. Salvador MC, do Valle AL, Ribeiro MC, Pereira JR. Assessment of the prevalence index on signs of combination syndrome in patients treated at Bauru School of Dentistry, University of Sao Paulo. *J Appl Oral Sci* 2007;15(1):9-13.
9. Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont* 2000;13(2):148-51.
10. Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. *Braz Dent J* 2009;20(3):243-8.
11. Jaimes M, Muñante J, Olate S, Rodriguez-Chessa JG, de Albergaria-Barbosa JR, Mazzone R, et al. Inflammatory fibrous hyperplasia treated with a modified vestibuloplasty: a case report. *J Contemp Dent Pract* 2008;9(4):135-41.
12. Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: a review of 172 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;45(4):288-92.
13. Agir H, Sen C, Cek D. Squamous cell carcinoma arising from a fibroepithelial polyp. *Ann Plast Surg* 2005;55(6):687-8.
14. Dundar N, İlhan Kal B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. *Gerontology* 2007;53(3):165-72.
15. Ghom A, Ghom S. Benign tumors of orofacial region. In: Ghom AG, Ghom SA. *Textbook of Oral Medicine*. 3rd ed. New Delhi: JP Medical Ltd; 2014. p.271-2.