

Periferik Ossifiye Fibroma ve Tedavisi

Peripheral Ossifying Fibroma Lesion and the Treatment: Case Report

Duygu YAZICIOĞLU,^a
A. Mine TÜZÜNER ÖNCÜL,^a
Ömür DEREÇİ^a

^aAğız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 17.02.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 13.04.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Duygu YAZICIOĞLU
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
duyguaytac@gmail.com

ÖZET Periferik ossifiye fibroma, reaktif proliferasyon gösteren, mukozadan kabarık, polipoid ve nodüler yapıda jiniyal bir lezyondur. Sıklıkla maksillada ve ön bölgelerde lokalize olup, 1-2 cm çaplı, saplı veya geniş tabanlıdır. Gençlerde ve erişkinlerde sıklıkla görülür. İlişkili olduğu dişlerde mobiliteye neden olabilir. Klinik ve histolojik olarak periferik dev hücreli granüloma ve piyojenik granüloma ayırıcı tanısında önemlidir. Tedavisinde cerrahi olarak derindeki periost da dâhil olmak üzere tam olarak eksizyonu gerekmektedir. Seyrek olarak nüks görülmektedir. Kliniğimize sağ maksiller molar bölge jiniyal mukozada ağrılı şişlik şikâyeti ile gelen 27 yaşındaki kadın hastada, 1. molar diş ile ilişkili, saplı olan, 5x3x2,5 cm boyutlarındaki yumuşak doku kitlesi eksize edilmiş ve ilgili dişlerin çekimi yapılmıştır. Lezyon histopatolojik olarak incelenmiş ve periferik ossifiye fibroma tanısı konmuştur. Hastanın 1 yıllık takibi sonucunda postoperatif bir komplikasyona ve nüks rastlanmamıştır. Oral ve maksillofasiyal bölgede görülebilen ekzofitik lezyonların hastalar tarafından ihmal edildiğinde çok büyük boyutlara ulaşabildiğini klinik olarak göstermek amacıyla bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Fibrom, kemikleşici; maksilla; patoloji, oral

ABSTRACT Peripheral ossifying fibroma is a polypoid and exophytic gingival lesion that shows reactive proliferation. It is 1-2 cm in diameter and usually pedunculated with a pedicled base. Peripheral ossifying fibroma is mostly located at the maxillary anterior region and it is frequently seen in young adults. Peripheral giant cell granuloma and pyogenic granuloma are important entities for differential diagnosis of peripheral ossifying fibroma. A 27-year-old female patient with complaints of pain and intraoral swelling of gingival mucosa in the right maxillary molar region referred to our clinic. Clinical examination revealed an exophytic, pedunculated gingival lesion that was related with first molar tooth. The lesion which is 5x3x2.5 in diameter was excised including the deeper periosteum and diagnosed as a peripheral ossifying fibroma according to the histopathological examination. There was no sign of recurrence during the postoperative follow-up period. This case is unusual compared to the literature regarding its size and also it shows that peripheral ossifying fibroma can reach enormous dimensions unless it is treated with surgical excision.

Key Words: Fibroma, ossifying; maxilla; pathology, oral

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012;18(3):337-41

Diş etindeki lokalize büyümeler neoplastik karakterden çok reaktif özellik gösterirler. Ağız içinde görülen birçok farklı reaktif lezyon benzer histomorfolojik temellere dayanmaktadır. Bu reaktif diş eti büyümeleri, periferik dev hücreli granülom, piyojenik granülom (gebelik tümörü), fibröz hiperplazi (fibröz epulis) ve periferik ossifiye fibroma (POF)'dır. POF'lar; kemik, sement benzeri materyal ve distrofik kalsifikas-

yonlar gibi bir veya daha fazla mineralize doku içerebilen selüler fibroblastik dokudan oluşmuş jinjival büyümelerdir.¹

POF, pedüncüle veya geniş tabanlı, lobüler veya karnabahar görünümünde de olabilen, rengi pembeden kırmızıya değişebilen ekzofitik bir diş eti büyümesidir. Ülseratif veya eritematöz olabileceği gibi, komşu diş etine benzer renkte de olabilir.² Sıklıkla anterior bölgeye lokalize olup, 1-2 cm çaplı, iyi sınırlı kitleler oluştururlar.³ Kadınlarda yaklaşık 2-4 kat daha fazla görülür ve genellikle 25-35 yaşlar arasında rastlanır.^{4,5} Birçok olguda lezyonun interdental papilla bölgesinden ortaya çıktığı gözlemlenmiştir.¹ POF dişlerde mobilite ve migrasyona sebep olabilir. Radyolojik olarak radyopak odakları olan radyolüsent bir görüntü verir.³

Etiyolojisi tam olarak belirli olmamasına rağmen, POF diş taşı, plak, dental apareyler, kötü uyumlu restorasyonlar gibi irritasyon etkenlerine bağlı olarak meydana gelirler.⁶⁻⁸ Jinjival dokularda görülmesi ve periodontal ligamentle ilişkili olması, lezyonun periodontal ligament hücrelerinden köken aldığını düşündürmektedir.^{6,9-11}

Bu olgu sunumunda, maksilla posteriorda lokalize büyük boyutlara ulaşmış periferik ossifiye fibroma olgusu anlatılmıştır.

OLGU SUNUMU

Yirmi yedi yaşındaki kadın hasta, ağız içi ağrı ve şişlik şikâyetiyle Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim dalına başvurmuştur (Resim 1). Alınan anamnezde kitlenin 1 yıl önce oluşmaya başladığı, ilk zamanlar şişliğin küçük olduğu ve zamanla büyüdüğü öğrenilmiştir. Hastanın sistemik olarak sağlıklı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan klinik muayenede kırmızı-pembemsi renkteki sert, lobüler ve polipoid yapıdaki kitlenin sağ maksiller molar bölgede lokalize olduğu ve sağ birinci molar dişin kök artığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kitlenin hem bukkal hem de palatinal mukozaya doğru genişlediği ve sağ üst 1. molar ve sağ üst 2. molar dişlerin oklüzal yüzeylerini kapladığı görülmüştür. Kitlenin mastikasyonla travmatize olduğu, lezyondaki oklüzyona gelen kısımlardaki



RESİM 1: Sağ maksilla premolar- molar diş bölgesinde geniş yer kaplayan, ekzofitik, lobüler periferik ossifiye fibroma lezyonunun klinik görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

ülserasyon alanlarından anlaşılmıştır. Hastanın konuşma ve çiğneme fonksiyonları etkilenmiştir.

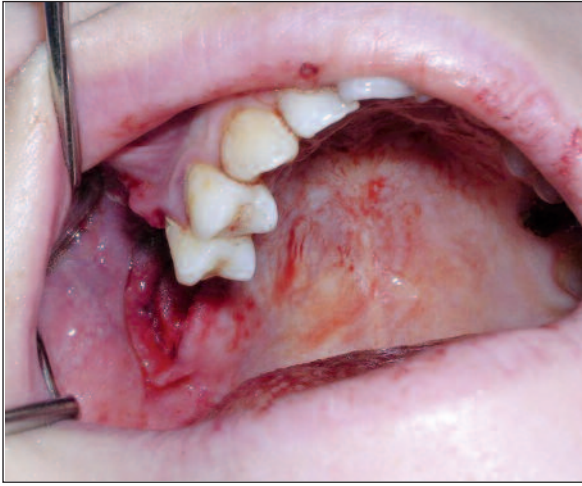
Panoramik radyografide sağ üst posterior alanda, klinik olarak lezyonun gözlemlendiği bölgede radyografik odaklar saptanmıştır (Resim 2). Sağ birinci molar dişte çürük ve madde kaybı bulunmaktadır. Sağ birinci molar dişin köklerinde rezorbsiyon ve migrasyon görülmektedir.

Periferik dev hücreli granüloma ve POF ön tanularıyla lezyonun eksizyonel biyopsisine karar verilmiştir. Lokal anestezi altında 5x3x2,5 cm boyutlarındaki lezyon derindeki periost ile birlikte tam olarak eksize edilmiştir (Resim 3 ve 4). Lezyonla ilişkili sağ birinci molar diş kökleri ve alveoler kemik kaybı nedeniyle sağ 2. molar dişin çekimi yapılmıştır. Kanama kontrolü sağlanmış ve yara bölgesi sekonder iyileşmeye bırakılmıştır. Kitlenin histopatolojik incelenmesinde lezyona POF tanısı konmuştur. Histolojik kesitte kollajenize fibroblastik bir stroma içinde ossifikasyon alanları içeren proliferatif lezyon görülmüştür (Resim 5).

Postoperatif 10. günde yapılan klinik kontrolde yara iyileşmesinin herhangi bir komplikasyon görülmeden gerçekleştiği görülmüştür (Resim 6). Hastanın operasyon sonrası 1. yılda yapılan klinik kontrolünde ise lezyonun nüksü görülmemiştir (Resim 7).



RESİM 2: Panoramik radyografide sağ üst birinci molar dişinin kök artığı ile ilişkili alt molar dişlere kadar uzanan radiopasiteler göze çarpmaktadır.



RESİM 3: Lezyon eksize edildikten sonraki intraoperatif ağız içi görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

TARTIŞMA

POF, jinjival mukozayı kapsayan, reaktif proliferasyon gösteren sement, kemik veya sement kemik benzeri mineralize materyal üreten periferel fibromadır.³ Literatürde kalsifiye periferel fibroma, ossifiye fibröz epulis, periferel odontojenik fibroma ve kalsifiye fibroblastik granüloma gibi birçok farklı isimle adlandırılmıştır.⁶

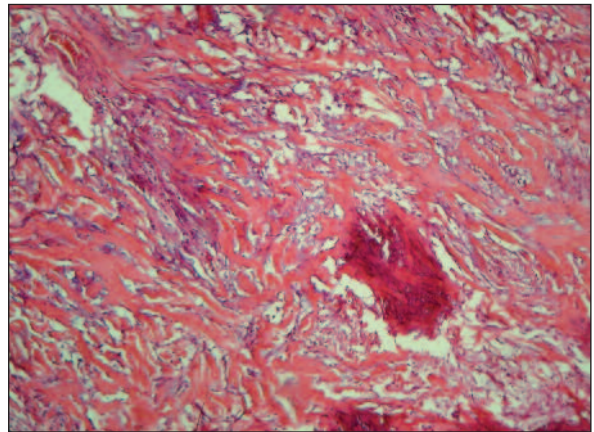
POF, 2. ve 3. dekadlarda ve anterior maksilada daha çok görülürler. 10 ve 19 yaşları arasında pik prevalansa çıkarlar. Neredeyse literatürdeki olguların üçte ikisi kadınlarda görülmektedir.^{2,3} POF lezyonlarının boyutları en geniş bölgede 0,4-4 cm arasında değişmektedir. Büchner ve ark.nın yaptığı 207 olguluk çalışmada, lezyonların %69'u 0,1 ve 1 cm arasında bulunmuş, yalnızca 3 olguda lezyonun 2 cm'nin üstüne çıktığı belirtilmiştir.¹ Ortalama

lezyonlar genellikle 1-1,5 cm civarındadır, fakat 6 ve 9 cm boyutlarındaki olgular da literatürde mevcuttur.^{3,9,12} Bu olgu sunumundaki lezyon en geniş bölgesinde 5 cm olarak ölçülmüştür.

Histopatolojik incelemede POF lezyonları sağlam veya ülsere birçok katlı bir yassı epitel tabakasıyla kaplı olabilir. Lezyonlar değişen sayılarda fibroblast içeren benign bağ dokusu proliferasyonu içinde lameller veya immatür osteoid, sement benzeri materyal veya distrofik kalsifikasyon içeren mineralize materyalden oluşur. Preparatlarda akut veya kronik inflamatuvar hücreler ve nadir endotelial proliferasyon da görülebilir.^{12,13} Klinik olarak POF indüksiyonu ve ilerlemesinde travma, dental plak, kalkulus, mikroorganizmalar, çiğneme kuvvetleri, kötü uyumlu protezler ve düşük kalitede



RESİM 4: Eksize edilen lezyonun makroskobik görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 5: Lezyonun histopatolojik görüntüsü (HE, x100). (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 6: Postoperatif 10. günde ağız içi görünümü. Sekonder iyileşmeye bırakılan yara dudakları sorunsuz olarak birbirine yaklaşmıştır. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 7: Postoperatif 1. yılda operasyon bölgesinin görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

restorasyonların rol oynadığı öne sürülse de, POF etiyojisi ve patogenezi şu ana kadar açıklığa kavuşmamıştır.^{7,8} Lezyonların kadınlarda ve 2. dekadada daha çok görülmesi, lezyon gelişiminde hormonal etkilerin de rol oynadığı ipucunu vermektedir.² Bazı araştırmacılar POF'u neoplastik bir lezyon olarak ifade ederken, bazıları lezyon oluşumunun reaktif bir süreç olduğu konusunda birleşmektedir. Her iki türlü de lezyonun periodontal ligament hücrelerinden köken aldığı ortak görüştür.^{6,9-11,13}

POF lezyonları çoğu zaman radyografide tespit edilemezler. Radyopak fokuslar büyük ve aşırı mineralize lezyonlarda görülebilir. Nadir olarak kemiğin yüzeysel erozyonu radyografik olarak tespit edilebilir.¹²

Radyografik bulgular gibi klinik muayene bulguları da POF teşhisi için yeterli olmayabilir. Piyojenik granülom ve periferal dev hücreli granülom gibi lezyonlar klinik görünüm açısından POF'a oldukça benzerdir. POF teşhisi için biyopsi ve histopatolojik inceleme esastır. Periferal dev hücreli granüloma jinjiva ve alveolar mukozaya özgüdür ve irritasyona karşı periostun verdiği cevap sonucu oluşur. Histopatolojik incelemede osteoklasta benzeyen çok nükleuslu dev hücreler, kanama odakları, hemosiderin birikimi ve oldukça vaskülarize bir bağ dokusu matriksi gözlenir.^{7,14} Periferal dev hücreli granüloma immatür veya lameller kemik birikimi gösterebilmesi nedeniyle POF'a histopatolojik açıdan benzerlik gösterebilir. Ama POF'da sement benzeri materyal birikimi daha az oranda gözlenir.⁷

POF erken safhada piyojenik granülom ile karışabilir. Radyografik olarak miliamper artırılıp, kilovoltaj pik değeri azaltılırsa POF'daki ufak mineralizasyon odağının radyopak görüntüsü saptanabilir. Aynı zamanda patolojik incelemede de mineralizasyona bağlı küçük granüler odaklar saptanabilmelidir.

'Periferal odontojenik fibroma' terimi POF'u tanımlamak için kullanılmışsa da, Dünya Sağlık Örgütü, POF'u, santral odontojenik fibromanın nadir görülen ekstraosseöz varyantı olarak tanımlamış ve bu iki antite arasındaki kavram kargaşasına son vermiştir.^{6,8}

POF lezyonunun tedavisi, lezyonla ilişkili periodontal ligament ve periost ile birlikte lezyonun cerrahi eksizyonudur.³ POF benign bir lezyon olmasına rağmen, rekürrens oranı yüksektir ve takibi gereklidir. Buchner ve ark.; ve Kenney ve ark., POF'un nüks oranlarını %16 ve %14,2 olarak belirtmişlerdir.^{1,2} Walters ve ark. olgu sunumlarındaki beş hastadan birinde nükse rastlamışlardır.¹⁵ Bu olguda hastanın 1 yıllık takibi sonucunda nükse rastlanmamıştır ve hastanın kontrollerine devam edilmektedir.

POF'un diğer reaktif proliferasyon gösteren jinjival lezyonlardan ayırıcı tanısında histolojik inceleme büyük önem taşımaktadır. Lezyonun ileri safhalarında mineralizasyonun daha belirgin olması ayırıcı tanıyı kolaylaştırmaktadır. Literatürdeki nüks örnekleri göz önüne alındığında, lezyon tam olarak eksiz edilmeli ve uzun dönem takip edilmelidir.¹⁶

Bu olguda lezyonun altındaki periost ile birlikte eksizyonu 1 yıllık takip neticesinde nüks görülmediği için küratif olarak bulunmuştur. Aynı zamanda bu olgu raporundaki POF lezyonu, ihmal edilen jinjival ekzofitik lezyonların büyük boyutlara gelebileceğini ve iyi huylu lezyon olma özelliğine rağmen ağız içi fonksiyonlarında kayda değer bir ölçüde etkisi olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63(4):452-61.
- Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47(4):378-82.
- Poon CK, Kwan PC, Chao SY. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53(6):695-8.
- Bhaskar SN, Jacoway JR. Peripheral fibroma and peripheral fibroma with calcification: report of 376 cases. *J Am Dent Assoc* 1966; 73(6):1312-20.
- Zain RB, Fei YJ. Fibrous lesions of the gingiva: a histopathologic analysis of 204 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70(4): 466-70.
- Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982;54(1):40-8.
- Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. *J Oral Pathol* 1972;1(1):30-8.
- Miller CS, Henry RG, Damm DD. Proliferative mass found in the gingiva. *J Am Dent Assoc* 1990;121(4):559-60.
- Bodner L, Dayan D. Growth potential of peripheral ossifying fibroma. *J Clin Periodontol* 1987;14(9):551-4.
- Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51(8):828-35.
- Layfield LL, Shopper TP, Weir JC. A diagnostic survey of biopsied gingival lesions. *J Dent Hyg.* 1995;69(4):175-9.
- Kendrick F, Waggoner WF. Managing a peripheral ossifying fibroma. *ASDC J Dent Child* 1996;63(2):135-8.
- Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. *J Oral Sci* 2006; 48(4):239-43.
- Sapp JP. Ultrastructure and histogenesis of peripheral giant cell reparative granuloma of the jaws. *Cancer* 1972;30(4):1119-29.
- Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases. *J Periodontol* 2001;72(7):939-44.
- Doğan N, Durmaz CE, Okçu KM, Şençimen M, Üçok Ö. (Fibro-osseous lesions of the jaws: report of three cases). *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2007;13(3):146-52.