

# Bir Santral Odontojenik Fibroma Vakasında Otojen Kemik Grefti ve İmplant Uygulaması: Vaka Raporu

## THE APPLICATION OF AUTOGENOUS BONE GRAFT AND IMPLANT IN A CASE OF CENTRAL ODONTOGENIC FIBROMA: A CASE REPORT

Orhan GÜVEN\*, Umut SARAÇOĞLU\*\*

\* Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

\*\* Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Santral odontojenik fibroma, çenelerin benign odontojenik bir tümördür. Tedavilerinde, küretaj, enükleasyon, lokal eksizyon ve parsiyel rezeksiyon kullanılabilir. Rezeksiyon sonrası hastalarda, fonksiyonel ve estetik problemler ortaya çıkabilir. Bu nedenle rekonstrüksiyon yapılması ve hastaya fonksiyonel ve estetik açıdan kabul edilebilir iyi bir yaşam kalitesi sağlanması gerekir. Bu makalede, santral odontojenik fibroma bağlı parsiyel rezeksiyon uygulanan ve otojen iliak greft ve endosseöz implantlar uygulanan bir vaka sunulmuştur.

**Vaka Raporu:** 25 yaşındaki bayan hasta, sağ üst çenesinde şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Klinik muayenede sağ maksiller premolar molar bölgede sert kitle saptandı. Bölgeden lokal anestezi altında alınan biyopsi sonucu odontojenik fibroma teşhisi konarak, hasta genel anestezi altında operasyona alındı ve parsiyel rezeksiyon uygulandı. Operasyondan 4 ay sonra otojen iliak greft ile rekonstrüksiyon yapıldı ve 6 ay sonra da endosteal implantlar yerleştirildi.

**Sonuç:** Yüksek konsantrasyonda osteokompetan hücre içermesi, donör bölge morbiditesinin az olması, hızlı revaskülarizasyon ve istenen büyüklükte elde edilebilmesi nedeniyle anterior iliak kretten elde edilen greft kullanıldı. İmplantlarla hasta tedavi edilerek komplikasyonsuz, başarılı bir iyileşme görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Santral odontojenik fibroma, Otojen iliak kemik grefti, İmplant

T Klin Diş Hek Bil 2000, 6:158-162

### Summary

**Purpose:** Central odontogenic fibroma is a benign odontogenic tumor of the jaws. Curettage, enucleation, local excision and partial resection may be used in treatment. Functional and esthetic problems may be encountered after resection. Therefore, reconstruction is necessary to provide an acceptable quality of life in terms of esthetic and function. In this paper, a case who is applied autogenous iliac graft and endosseous implants after partial resection due to central odontogenic fibroma, is presented.

**Case Report:** A 25-year-old female patient complaining about swelling of the right upper jaw was referred to our clinic. A solid mass was observed in her right maxillary premolar-molar area. She was operated under general anaesthesia, after central odontogenic fibroma had been diagnosed by biopsy. After 4 months, the resected area was reconstructed with iliac graft and after 6 months, endosseous implants were applied.

**Conclusion:** Autogenous graft harvested from anterior iliac crest was used since it contains osteocompetan cells in high concentration, donor side morbidity is low, it has rapid revascularisation and may be harvested in desired size. Postoperative healing was uneventful.

**Key Words:** Central odontogenic fibroma, Autogenous iliac bone graft, Implant

T Klin J Dental Sci 2000, 6:158-162

**Geliş Tarihi:** 30.06.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Orhan GÜVEN  
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD  
06500, Beşevler, ANKARA

Santral odontojenik fibromalar çenelerde meydana gelen benign odontojenik tümörlerdir. Oldukça nadir görülen ve histopatolojik olarak hiperplastik dental follikül, rejyonel odontodisplazi gibi nonneoplastik durumlar ya da odonto-

jenik mikzoma ve fibroma gibi neoplazilerle karışabilen tartışmalı bir tümördür (1-5). Tümör, mezenşim ve / veya dental follikül, periodontal ligament, dental papil gibi diş jermine ektomezodermal kısmından orijin alır.

Odontojenik fibromalar; Basit santral odontojenik fibroma, Santral odontojenik fibroma (WHO tipi), Periferik odontojenik fibroma olarak sınıflandırılırlar (3). Çenelerde diş destekleyen bölgelerde ağrısız kortikal ekspansiyon, radyografide uniloküler ya da multiloküler radyolüsen, histopatolojik olarak çok sayıda fibroblast ve kollojen içermeleri karakteristiktir (1,2). Tedavilerinde cerrahi total eksizyon önerilir. Malignite ve nüks özelliği bildirilmemiştir (1-5).

Maksiller kontur, tümörler, travma ve enfeksiyona bağlı olarak devamlılığını kaybedebilir (6). Benign yapıdaki tümörlere cerrahi yaklaşımda cerrahın deneyimi, tümörün tipi ve büyüklüğü belirleyici unsurlardır (7). Rezeksiyon uygulanan hastalarda fonksiyon, estetik ve konuşma problemleri ortaya çıkar. Bu amaçla rekonstrüksiyon yapılması ve hastaya fonksiyonel ve estetik açıdan kabul edilebilir iyi bir yaşam kalitesi sağlanması gerekir. Maksiller sinus, nasal kavite ve nazopalatin kanal gibi anatomik yapılar ve zayıf kemik kalitesi nedeniyle, özellikle rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyon için maksillaya endosteal implantların yerleştirilmesi oldukça zordur (8). Bundan dolayı otojen ya da allojen materyallerle rekonstrüksiyonu takiben, endosteal implantlar uygulanmalıdır.

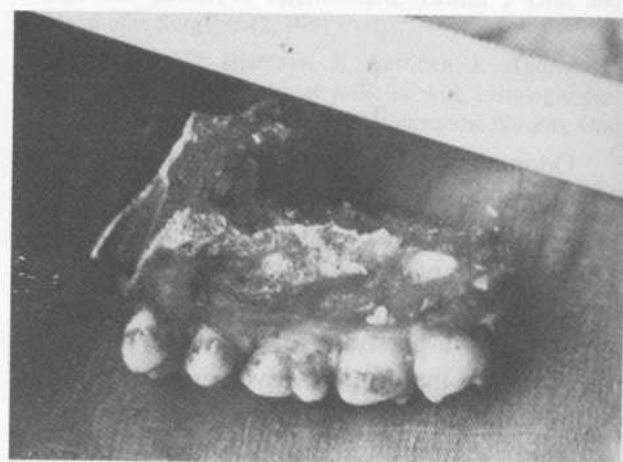
Bu makalede, maksiller 87654 nolu dişler bölgesinde santral odontojenik fibroma nedeniyle parsiyel rezeksiyon uygulanan ve otojen iliak greft ve endosteal implantlar uygulanan bir vaka sunulmuştur.

### Vaka Raporu

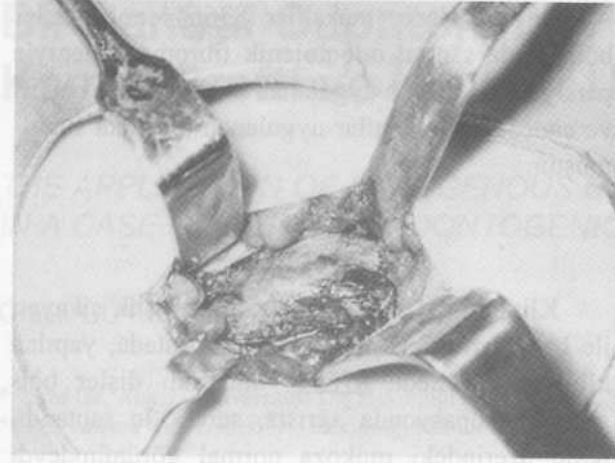
Kliniğimize, sağ üst çenesinde şişlik şikayeti ile başvuran 25 yaşındaki bayan hastada, yapılan klinik muayenede 87654 numaralı dişler bölgesinde palpasyonda ağrısız, sert kitle saptandı. Kitle üzerindeki mukoza normal görünümdeydi (Resim 1). Bölgeden lokal anestezi altında alınan biyopsi sonucu odontojenik fibroma tanısı kondu. Bunun üzerine hasta genel anestezi altında operasyona alındı. 3 numaralı dişin çekimini takiben, 87654 numaralı dişleri içine alan parsiyel rezeksiyon yapıldı (Resim 2). Takriben 4 ay sonra hasta genel anestezi altında ameliyata alınarak anterior iliak bölgeden yaklaşık 4 cm büyüklüğünde kortikokansellöz greft alındı (Resim 3). Graft rezekte edilmiş bölgeye bikortikal vida yardımıyla fiks edildi (Resim 4,5). Bölge primer olarak kapatıldı. Takiben 6. ayda hasta lokal anestezi ile operasyona alınarak bikortikal vida çıkarılarak iki adet endosteal implant yerleştirildi (Resim 6). Hastaya rutin kontrollere gelmesi önerildi. Postoperatif 4. ayda iyi bir osteointegrasyon saptandı (Resim 7). Hastanın daha sonraki randevulara gelmemesi üzerine protez uygulanmamıştır.



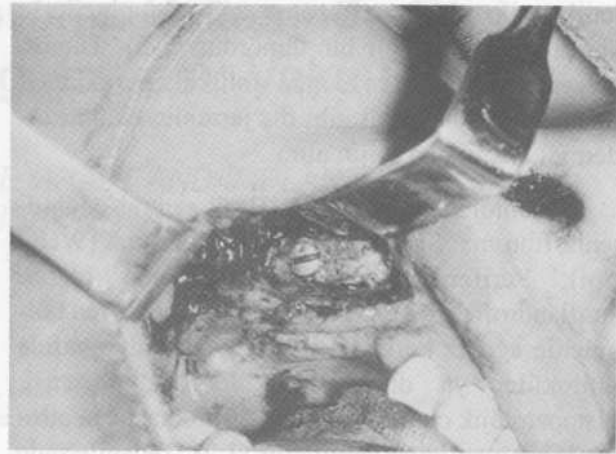
**Resim 1.** Preoperatif ağız içi görünüm, sağ maksiller molar-premolar bölgedeki kitle.



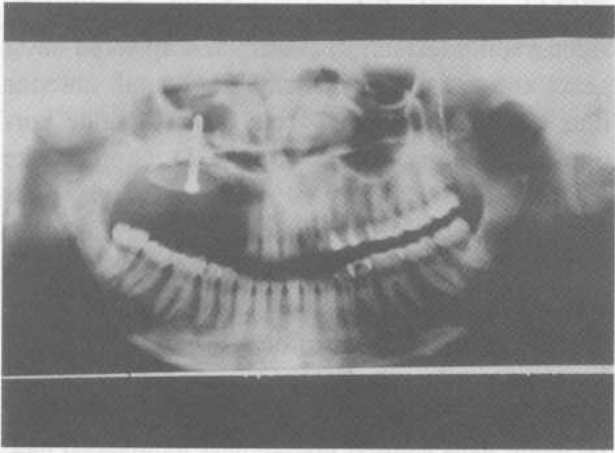
**Resim 2.** Rezekte edilen kemik blok.



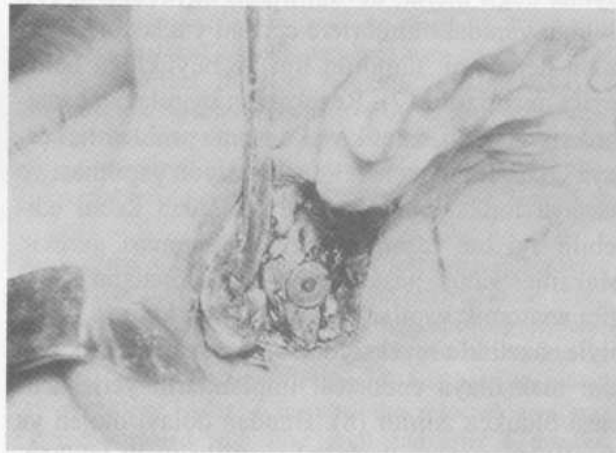
**Resim 3.** Anterior iliak kretten otojen greftin alınması.



**Resim 4.** Alınan iliak greftin bikortikal vida yardımıyla rezekte edilmiş bölgeye fikzasyonu.



**Resim 5.** Greftin yerleştirilmesini takiben alınan postoperatif panoramik radyografi.



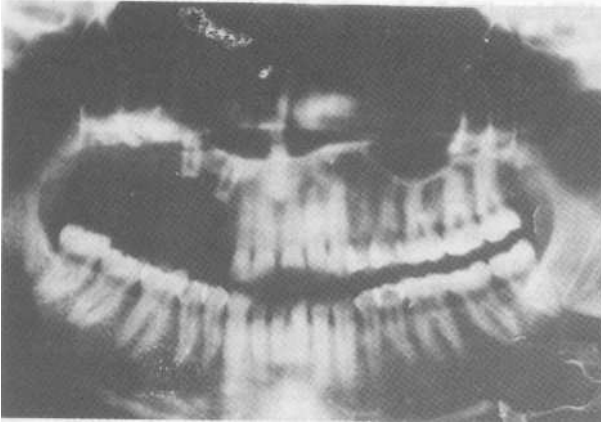
**Resim 6.** Endosteal implant uygulaması.

### Tartışma

Odontojenik fibromalar, mandibulada maksillaya göre daha sık görülür, kadın erkek ayrımı yapmaz (1,4,5). Vakamızda ise tümörün maksillada olması ilgi çekiciydi. Odontojenik fibromaların tedavisinde, küretaj (1,5), enükleasyon (1), lokal ekizyon (1,2) ve parsiyel rezeksiyon (9) kullanılabilir. Gardner intraosseöz lezyonların blok olarak çıkarılmasını önermiştir (10). Biz de vakamızdaki lezyonun intraosseöz olması sebebiyle, çevredeki sağlam kemiği de içine alan parsiyel rezeksiyon uygulamayı tercih ettik.

Birçok araştırmacı rezeksiyon sonrası iyileşme periyodunda kozmetik ve fonksiyonel yetersizlikten kaçınmak için primer rekonstrüksiyonu önermektedirler (6). Primer rekonstrüksiyonun en önemli dezavantajları, primer yara kapatmada ya da hematoma ve sepsis oluşumuna bağlı gelişen ölü boşluğu ortadan kaldırmada zorluk yaratmasıdır. Bu nedenlerle biz de vakamızda primer rekonstrüksiyon yapmamayı uygun bulduk.

Rekonstrüksiyonun zamanlaması da bireyden bireye değişim gösterir. Sistemik durum, yaş, büyüme ve gelişim, estetik ve fonksiyonel durum



**Resim 7.** İmplant uygulamasını takiben postoperatif 4. aydaki panoramik radyografide görülen osteointegrasyon.

zamanlamayı etkiler. Genellikle rekonstrüksiyon, benign tümörlerin rezeksiyonundan 3 ay, malign tümörlerin rezeksiyonundan ise en az 12 ay sonra yapılmalıdır (6). Bu vakada da 4 ay sonra rekonstrüksiyon uygulanmıştır ve herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Maksillofasiyal bölgenin rekonstrüksiyonunda, kemik greftleri oldukça sık kullanılır. Bu bölgede tercih edilen en iyi materyal otogreftlerdir (11,12). Çünkü alıcı bölgede yeni kemik formasyonu sağlayan osteokompetan hücreler içerir. Potansiyel verici bölgeler anterior ve posterior iliak kret, kalvaryum, kaburga, mandibula, tibia vb. bölgelerdir. Ancak yüksek konsantrasyonda osteokompetan hücre içermesi, donör bölge morbititesinin az olması, hızlı revaskülarize olması ve istenen büyüklükte elde edilebilmesi nedeniyle anterior iliak kretten elde edilen greft tercih edilir (11-13). Bu avantajları sebebiyle vakamızda anterior iliak kretten greft alınmıştır. Postoperatif erken dönemde donör bölgede ağrı dışında herhangi bir komplikasyona rastlamamamız da bu görüşü desteklemektedir.

Otojen greftlerin en önemli dezavantajı 5 yıllık bir periyotta 8-10 mm'lik bir rezorpsiyon görülmesidir (12). Bu nedenle greft, kemik rejenerasyonuna engel olan yumuşak dokuya bariyer oluşturmak ve fonksiyonel kuvvetlere destek olmak için yeterli kortikal kemik içermelidir. Ayrıca, hücresel komponenti içeren, osteojenik potansiyeli artırıcı yeterli miktarda da kansellöz kemik bulundurulmalıdır

(6,14). Bizim elde ettiğimiz greft de bu özellikleri taşıdığından çok ciddi boyutta rezorpsiyon gözlenmemiş, implantlar kolayca uygulanabilmiştir.

Thompson ve Casson (15) yaptıkları çalışmalarında, kemik greftinin kansellöz yüzeyini yumuşak doku ile temasa getirerek yerleştirmişler ve hızlı revaskülarizasyon saptamışlardır. Ancak kemik volümündeki kaybın daha fazla olduğu sonucuna varmışlardır. Kemik greftinin kansellöz yüzeyinin maksiller kemikle temas edecek şekilde yerleştirilmesi, kemik grefti volümünün korunmasında avantajlıdır (14). Bu nedenle biz de vakamızda kemik greftinin kansellöz yüzeyini maksillaya bakacak şekilde konumlandırdık ve kemik volümündeki fazla kaybı önlemeye çalıştık. Kemik greftleri ile implantların birlikte uygulanması implant üzerine protezin yapılarak greftin rezorpsiyonunu da azaltmaktadır (12).

Tüm bu avantaj ve dezavantajların ışığı altında hastamıza uyguladığımız tedavi yaklaşımı oldukça başarılı olmuş, ancak hastanın protetik tedavi amacıyla gelmek istememesi fonksiyonel değerlendirmeler yapmamıza engel olmuştur.

#### KAYNAKLAR

1. Güven O, Keskin A, Günhan Ö: WHO sınıfı santral odontojenik fibroma. AÜ Diş Hek Fak Derg 18: 365,1991
2. Watt-Smith SR, Ell-Labban NG, Tinkler SM: Central odontogenic fibroma. Int J Oral and Maxillofac Surg 17: 87, 1988
3. Günhan Ö, Gürbüz B, Gardner G, Demiriz M, Finci R: A Central odontogenic fibroma exhibiting pleomorphic fibroblasts and numerous calcifications. British J Oral and Maxillofac Surg 29: 42, 1991
4. Lukinmaa PL, Hiatanen J, Anttinen J, Ahonen P: Contiguous enlarged dental follicles with histologic features resembling the who type of odontogenic fibroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 70:313, 1990
5. Doyle JL, Lamster IB, Baden E: Odontogenic fibroma of the complex (WHO) type: report of six cases. J Oral and Maxillofac Surg 43: 666, 1985
6. Tidstrom KD, Keller EE: Reconstruction of mandibular discontinuity with autogenous iliac bone graft: report of 34 consecutive patients. J Oral and Maxillofac Surg 48: 336, 1990
7. Zide MF, Kent JN: Surgical treatment of maxillary benign tumors. J Oral Surg 39: 64, 1981
8. Nyström E, Legrell PE, Forssell A, Kahnberg KE: Combined use of bone grafts and implants in the severely resorbed maxilla. Int J Oral and Maxillofac Surg 24: 20, 1995

9. Hanley JB: Odontogenic Fibroma: report of case. J Oral Surg 29: 52, 1971
10. Gardner DG: The central odontogenic fibroma: an attempt at clasification. Oral Surg 50: 425, 1980
11. Kalk WWI, Raghoebar GM, Jansma J, Boering G: Morbidity form iliac bone harvesting. J Oral and Maxillofac Surg 54: 1429, 1996
12. Güven O, Keskin A: Çağdaş preprotetik cerrahi. Ankara, İrmak Matbaacılık Sanayii Ticaret Ltd. Şti, 1996, s. 98, 180
13. Osbon DB, Feinberg SE, Finkelstein MW, Bumsted RM, Zeitler DL: Delayed mandibular reconstruction following removal of a mesenchymal chondrosarcoma: report of case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 59: 557, 1985
14. Isaksson S, Alberius P: Maxillary alveolar ridge augmentation with onlay bone-grafts and immediate endosseous implants. J Cranio-Maxillofac Surg 20: 2, 1992
15. Thompson NJ, Casson JA: Experimental onlay bone grafts to the jaws: a preliminary study in dogs. Plast Reconstr Surg 46: 341, 1970