

Kondensing Osteitis: Semptomatik İki Olgu Sunumu

Condensing Osteitis: Reports of Two Symptomatic Cases

Ercan DURMUŞ,^a
C. Neslihan AKÇA,^a
Alparslan ESEN,^a
Ömer GÜNHAN^b

^aAğız, Diş, Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi AD,
Selçuk Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi, Konya
^bPatoloji AD, GATA, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 07.12.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 27.03.2008

Bu çalışma, XIV. Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği Kongresi (31 Mayıs-04 Haziran 2007, Antalya)'nde sözlü olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
C. Neslihan AKÇA
Selçuk Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi AD, Konya
TÜRKİYE/TURKEY
neslihanakca2003@yahoo.com

ÖZET Çenelerde travma, stres ve enfeksiyon gibi çeşitli nedenlerle lokalize sklerotik kemik alanları ortaya çıkmaktadır. Sklerotik kemik, enfeksiyon gibi bir etken sonucunda meydana gelmişse "kondensing osteitis" terimi kullanılır. Bu makalede cerrahi olarak tedavisi yapılmış olan, semptomatik 2 kondensing osteitis olgusu anlatıldı. Yirmi beş yaşında, kadın hasta, çekilen sol mandibular molar bölgesinde ağrı ile kliniğimize başvurdu. Hasta lokal anestezi altında opere edildi ve histopatolojik olarak kondensing osteitis teşhisi konuldu. 12. ayın sonunda herhangi bir semptom mevcut değildi. Kırk altı yaşındaki kadın hastada ise sağ mandibular 1. molar dişinde derin çürük bulunurken, ilgili bölgede ağrı şikâyeti mevcuttu. Diş çekilip lezyon kürete edildi. Otuzuncu ayın sonunda hiç semptom yoktu. Kondensing osteitis her yaşta görülebilir. Büyük çoğunluğu mandibular 1. molarların apikalinde ve daha az sıklıkla mandibular 2. molarlar ve premolarlarla birlikte bulunur. Lezyonlar daha çok asemptomatiktir ve çoğu rutin radyografik muayenelerde ortaya çıkar. Lezyon semptomatikse, çıkarılması gerekebilir ve ilgili dişin prognozuna göre endodontik tedavi veya çekim uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Osteitis; fokal enfeksiyon

ABSTRACT Localized areas of sclerotic bone occur within the jaws and may be formed by different agents, such as stress, trauma, and infection. If the sclerotic bone is formed as a direct result of infection, the term condensing osteitis is usually used. In this paper two cases of symptomatic condensing osteitis that were treated surgically were reported. A twenty five years old female was referred to our department because of a pain in her left mandibular region. She was operated under local anesthesia and histopathologically, it was diagnosed as condensing osteitis. At the end of 12 months there was no symptoms. There was a profound caries in mandibular first molar in a 46 years old female and she complained because of pain in that region. The molar tooth was extracted and lesion was curetted. At the end of 30 months it showed any symptoms. Condensing osteitis may be found at any age. A majority are found at the apices of mandibular first molars, with a minority associated with mandibular second molars and premolars. Patients are usually asymptomatic, and most lesions are discovered on routine radiographic examinations. When it is symptomatic, the lesion need to be removed and according to related tooth prognosis, endodontic treatment or extraction must be performed.

Key Words: Osteitis; focal infection

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2009;15(1):44-7

Travma, stres, enfeksiyon gibi çeşitli nedenlerle çenelerde lokalize sklerotik kemik alanları ortaya çıkmaktadır.¹ Sklerotik kemik, enfeksiyon gibi bir etken nedeni ile meydana geldiyse "kondensing osteitis" terimi kullanılır. Sıklıkla enfeksiyon pulpanın kısmi veya tamamen dejenerasyonundan kaynaklanmakta ve bu olgularda sklerotik kemik bölgesi periapikal alanda gözlenmektedir.^{2,3} Sklerotik kemiğin bu tipi, uzun sü-

redir mevcut olan veya hafif hassasiyet gösteren enfeksiyonla beraber görülür.⁴

Lezyonların büyük çoğunluğu asemptomatikdir ve rutin radyografik muayenelerde ortaya çıkar. Sıklıkla mandibular 1. molarların apikalinde ve daha az sıklıkla mandibular 2. molarlar ve premolar dişlerle birlikte bulunurlar. Dişler çekildiğinde bu lezyonlar belirtisiz olarak kalır.⁵

Radyografik olarak, uniform opak, opak merkez çevresi lüsent, lüsent merkez çevresi opak, karışık veya lobüle görüntü verebilir.⁵

Bu olgu raporlarında, kondensing osteitis teşhisi konulan, iki semptomatik lezyonun tanı ve tedavileri anlatıldı.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Yirmi beş yaşında, kadın hasta sol mandibular bölgede ağrı şikâyeti ile Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Kliniğimize başvurdu.

Hastanın ayrıntılı medikal hikâyesi öğrenildi. Sistemik olarak sağlıklı olan hastadan alınan anamnez neticesinde, yaklaşık 15 yıl önce sol mandibular 1. molar dişini travmatik bir çekimle kaybettiği öğrenildi. Çenesinde ve dişlerinde, kliniğimize başvurmadan bir yıl önce başlayan, sızı şeklinde ağrı mevcuttu. Bölgeye komşu 2. premolar dişe endodontik tedavi yapılmış, fakat ağrı şikâyetinin geçmemesi yüzünden ayrıntılı tetkik ve tedavi için kliniğimize başvurmuştu.

Yapılan intraoral muayenede ağız içi dokular normal görünümdeydi. Bölgeye komşu dişlerde perküsyon hassasiyeti yoktu. Ekstraoral olarak da herhangi bir asimetri ve lenfadenopati mevcut değildi.

Panoramik, periapikal ve okluzal radyografalarda yapılan incelemelerde sol mandibular 1. ve 2. premolar dişler arasında sınırları düzgün olmayan, radyopak lezyon teşhis edildi (Resim 1).

Hasta lokal anestezi altında ameliyata alındı. Cerrahi olarak açılan bölgede, kemik yapısında değişiklik gözlemlendi. Lezyonun mental sinirle yakınlığı değerlendirildi. Sinirle uygun mesafe korunarak, lezyonun sınırları serum fizyolojik irrigasyonu al-



RESİM 1: Sunulan birinci olguya ait panoramik görüntü.

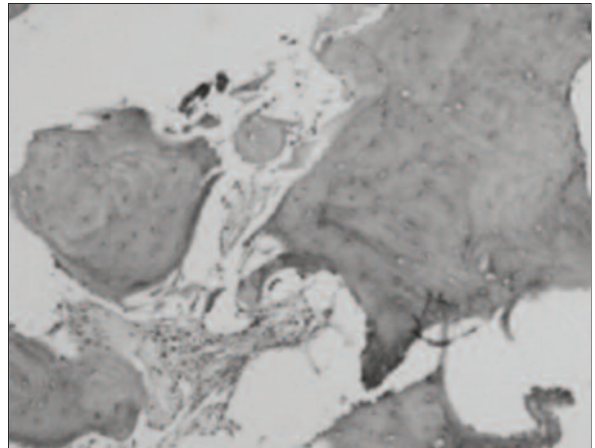
tında belirlenip, guj ve çekiç yardımıyla lezyon çıkarıldı. Lezyon, kondensing osteitis ön tanısı ile histopatolojik incelemeye gönderildi.

Histopatolojik inceleme sonucunda az miktarda görülen açık pembe renkli bölgelerde interstisyel bağ dokusu ve koyu pembe görülen bölgelerde kemik dokuları, düzensiz lameller yapı gösteren kompakt kemik dokusu bulguları “kondensing osteitis” tanısına uymaktadır (Resim 2).

Yapılan kontroller sonucu ameliyat sonrası 12. ayda hastada lezyon bölgesine ait herhangi bir şikâyet ve bulgu mevcut değildir.

OLGU 2

Kırk altı yaşında, kadın hasta bir yıldan beri sağ mandibular 2. molar bölgesinde duyduğu ağrı ne-



RESİM 2: Kondensing osteitis histopatolojik görüntü.

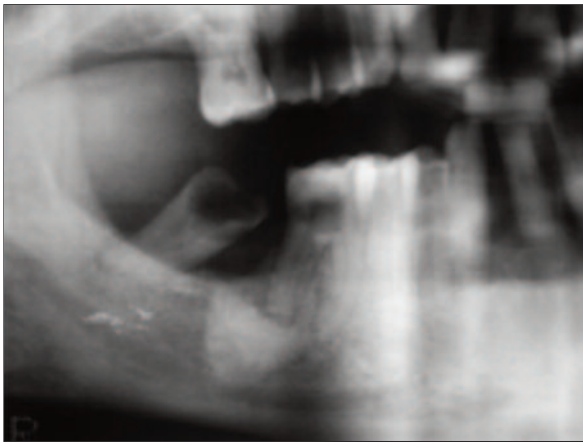
deni ile kliniğimize başvurdu. Hastadan ayrıntılı anamnez alınıp medikal hikâye taraması yapıldı.

İntraoral muayenede, oral hijyenin kötü olmasına bağlı olarak çok sayıda çürük görüldü ve ağrı duyulan bölgedeki mandibular 2. molar dişte de derin çürük teşhis edildi. Ekstraoral muayenede herhangi bir anomali yoktu. Yapılan radyografik muayenede panoramik radyografa 2. molar dişin apikali ile ilişkili radyoopak lezyon tespit edildi (Resim 3).

Hasta diğer tedavi seçeneklerini kabul etmediği için kendi isteği ile lokal anestezi altında diş çekildi ve bölge kürete edilip, küretaj materyali histopatolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik inceleme sonucu "kondensing osteitis" olarak geldi. Yapılan kontroller sonucu hastada 30. ay sonunda herhangi bir semptom mevcut değildir.

TARTIŞMA

Kondensing osteitis lezyonları periapikal lezyonlar içinde düşük bir insidansa sahiptir (%7).^{6,7} Uzun kemiklerde de görülen, büyüme göstermeyen, çeşitli büyüklük ve şekillerde olabilen, radyografik olarak; köklerle ilişkili radyoopak görüntü veren idiyopatik osteosklerozis ile benzerlik gösterir.⁸ Ayırıcı tanı biyopsi ile kesinlik kazanırken, kondensing osteitiste etken inflamatuvar sürece neden olabilecek travma ve derin çürük şeklinde karşımıza çıkarken idiyopatik osteoskleroziste etken daha çok kemik yığılımında artışa neden olacak okluzal



RESİM 3: Sunulan ikinci olguya ait panoramik görüntü.

stres ve torus benzeri anatomik oluşumlar olarak karşımıza çıkar.⁹

Kondensing osteitis her yaşta görülebilir ancak tipik olarak genç erişkinlerde teşhis edilmektedir.⁵ İdiyopatik osteosklerozis ise çocuklarla beraber erişkin bireyleri de içine alan geniş bir yaş aralığını içinde görülmektedir.¹⁰ Anlatılan olgularda da hastalar hayatın ikinci ve dördüncü dekadında bulunuyorlardı. Teşhis edilen olguların çoğunluğu mandibular 1. molarların apikalinde, daha az sıklıkla mandibular 2. molarlar ve premolarlarla birlikte bulunmaktadır.^{6,7} Bizim hastalarımızda da lezyonlar 1. molar bölgesinde yerleşim göstermişti. Olguların çoğunun mandibulada görülmesi henüz bir netlik kazanmamışken, morfolojik faktörlerin rolü gözardı edilmemelidir.⁶ Mandibulanın kortikal yapısı ve beslenmesinin maksillaya nazaran zayıf olması sklerotik kemik alanlarının oluşumunu desteklemektedir.

Sunulan ilk olguda daimi dişlerin sürmesi 1. molar dişin çekildiği dönemde henüz tamamlanmadığı için 2. premolar dişin çekilen diş bölgesinde sürdüğünü, bu yüzden de lezyonun medialde kaldığını düşünmekteyiz.

Kondensing osteitis daha çok asemptomatiktir. Bununla birlikte hastalar kliniğe ağrı şikâyeti ile başvurmuşlardı. Hasta hikâyelerinde derin çürük ve travmatik çekim dikkat çekmekteydi. Bu da ilk olguda çekim öncesi var olan bir enfeksiyonu, ikinci olguda pulpitis nedeni ile bir enfeksiyon olabileceğini ve uzun süredir var olan düşük dereceli enfeksiyonun akut hale geçerek ağrıya neden olmuş olabileceğini düşündürmektedir. Travmatik çekim de skleroze kemiğin ortaya çıkışında önemli bir role sahiptir. Pulpitis teşhisi olan dişlerde, kondensing osteitis, pulpanın tamamen dejenere olmasıyla ortaya çıkmaktadır.⁶ Bununla birlikte, hiç çürüğü olmayan dişlerin periapikalinde de sebebi olmaksızın kondensing osteitis görülebilmektedir.¹¹

Genelde çenelerde asemptomatik olanlar rutin radyograflarla takip edilirken, lezyon semptomatikse çıkarılması gerekebilir. İlgili dişin prognozu na göre endodontik tedavi veya çekim uygulanabilir. Bununla birlikte, tedavi seçeneklerine karşı

hiç tedavi edilmesine gerek olmadığını savunan araştırmacılar da vardır.^{3,12,13} Sunulan ilk olguda ilgili diş yıllar önce çekilmiş ve komşu diş, kliniğimize başvurmadan önce endodontik tedavi görmüştür. İkinci olguda ise hastanın isteği ile çekim yapılmış ve lezyon, bunun devamında kürete edilmiştir. Her iki olguda da yapılan cerrahi işlemler sonrası hastaların şikâyeti geçmiş ve prognoz iyi seyretmektedir.

Klinisyenler skleroze kemik alanlarını içeren lezyonlarda ayırıcı teşhis konulup, uygun tedavi yapıldıktan sonra dental radyograflarla lezyonlar stabilize olana kadar takip etmeyi önermektedirler.¹⁴ Biz de semptomatik olguların küretaj ve ilişkili diş prognozunun değerlendirilerek çekim veya endodontik tedavi uygulanmasını, asemptomatik olguların da rutin radyografik takiplerle kontrolünün uygun olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Wuehrman A, Manson-Hing L. Dental radiology. 5th ed., St. Louis, The C.V. Mosby Company; 1981. p.330.
2. Stafne E, Gibilisco J. Oral roentgenographic diagnosis. 4th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company; 1975. p.128-34.
3. Zegarelli E, Kutscher A, Hyman G. Diagnosis of the mouth and jaws. 2nd ed., Philadelphia, Lea & Febiger; 1978. p.236-9.
4. Ennis L, Berry H, Philips J. Dental roentgenology. 6th ed., Philadelphia, Lea & Febiger; 1978. p.587-90.
5. Regezi JA, Sciubba J. Oral Pathology (Clinical Pathologic Correlations). 2nd ed., Philadelphia, WB Saunders Company; 1993. p.433.
6. Eliasson S, Halvarsson C, Ljungheimer C. Periapical condensing osteitis and endodontic treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984;57(2):195-9.
7. Wood N, Goaz P. Differential diagnosis of oral lesions, 3rd ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company; 1974. p.542-5.
8. Farman AG, Joubert JJ DeV, Nortje CJ. Focal osteosclerosis and apical periodontal pathoses in "European" and Cape Coloured dental outpatients. Int J Oral Surg 1978;2:3-6.
9. McDonnell D. Dense bone island. A review of 107 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993;76:124-8.
10. Petrowski CG, Peters E. Longitudinal radiographic assessment of dense bone islands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;83:108-15.
11. Chazel JC, Tramini P, Varcarel J, Pelissier B. A comparative analysis of periapical health based on historic and current data. Int Endod J 2005;38(5):277-84.
12. Shafer W, Hine M, Levy B. A textbook of oral pathology. 3rd ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company; 1974. p.455-61.
13. Bhaskar NS. Synopsis of oral pathology. 6th ed., St Louis, The C.V. Mosby Company; 1981. p.350.
14. Williams TP, Brooks SL. A longitudinal study of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis. Dentomaxillofac Radiol 1998;27(5):275-8.