

Periferel Ossifiye Fibrom

Peripheral Ossifying Fibroma: Case Report

Dr. Yücel ÇİÇEK,¹ Dr. Asuman KİLİTCİ,² Dr. Ahmet HAKKI¹

¹ Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,

² Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kırşehir

ÖZET

Periferel ossifiye fibromalar çoğunlukla genç ve genç erişkin yaşlardaki kadın hastalarda görülen, sıklıkla maksiller kemik ön bölgede meydana gelen reaktif gingival aşırı büyümedir. Genellikle ağrısız olup sıklıkla semptomatik olana kadar veya dişhekimi tarafından tanımlanana kadar gözden kaçmaktadır. Periodental ligamandan kaynaklandığı düşünülmür ve %9 oranında gingival bir aşırı büyümeden oluşmaktadır. Etiyolojide travma veya dental plak, diş taşı, mikroorganizmalar, çiğneme kuvveti, diş protezi gibi lokal irritasyonlar ve zayıf yapılan restorasyonlar düşünülmektedir. Klinik ve histopatolojik benzerliklere bağlı olarak, fibröz matürasyon ve daha sonra oluşan kalsifikasyon nedeniyle bazı periferel ossifiye fibroma' ların ilk olarak piyojenik granüloma olarak geliştiğine inanılmıştır. Bu makalede, ağız içinde üst damak ön bölümde 3 aydır geçmeyen şişlik nedeni ile hastaneye başvuran klinik ve histopatolojik inceleme neticesinde periferel ossifiye fibroma tanısı konan ve cerrahi tedavi uygulanan 13 yaşında erkek hasta sunuldu.

Anahtar Sözcükler

Ossifiye fibrom; maksilla; oral kavite

ABSTRACT

Peripheral Ossifying Fibroma is a reactive gingival overgrowth occurring frequently in the anterior maxilla in teenagers and young adults. Peripheral Ossifying Fibroma predominately affects women. They are usually not painful and are often overlooked by the patient until they become symptomatic or are identified by their dentists. It is believed to arise from the periodontal ligament and comprises of 9% of all gingival overgrowths. Trauma or local irritants such as dental plaque, calculus, micro-organisms, masticatory forces, ill-fitting dentures and poor quality restorations have been implicated in the etiology of Peripheral Ossifying Fibroma. Due to its clinical and histopathological similarities, some Peripheral Ossifying Fibromas are believed to develop initially as a pyogenic granuloma that undergoes fibrous maturation and subsequent calcification. In this article, we presented a 13 years-old male patient who has a swelling in the front of upper palate, referred to hospital, diagnosed Peripheral Ossifying Fibroma according to the histopathological and clinical research and treated with surgical.

Keywords

Ossifying fibroma; maxilla; oral cavity

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 10.02.2016

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 20.03.2016

≈

Yazışma Adresi

Dr. Yücel ÇİÇEK

Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Kırşehir

E-posta: dryucelcicek@hotmail.com

GİRİŞ

Periferik ossifiye fibromalar (POF), *reaktif hiperplastik inflamatuvar lezyon* olarak sınıflandırılan gingivanın neoplastik olmayan bir büyümesidir.¹ POF ağız içi tümörlerin %3,1'ini, gingival lezyonların %9,6'sını oluşturmaktadır.^{2,3} 1872'de ilk defa Menzel Ossifiye Fibrom'u tanımlamıştır fakat terminolojik olarak belirlenmesi 1927'de Montgomery tarafından yapılmıştır.⁴

POF ülserle, kırmızı renkli olabildiği gibi kendini çevreleyen gingiva ile benzer renkte de görülebilir. Saplı veya sapsızdırlar, genellikle palpasyonla soluklaşmazlar.³ Herhangi bir yaşta görülebilmekle birlikte en sık 2. ve 3. dekada görülür. Ortalama görülme yaşı 28'dir ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür. Hemen hemen %60'ı maksiller kemiğin ön bölümünde meydana gelir. %55-60 oranında kesici-köpek dişi bölgesinde görülür. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte bakteriyel plak, ortodontik aparatlar, hastalığa bağlı taç tabakası oluşumu ve düzensiz onarımlara bağlı olarak peridontal ligamanın pluripotent hücrelerinde osteoblastlara sementoblastlara ve fibroblastlara metaplazi veya dönüşüm yeteneğinin olmasıyla iltihabi bir hücre çoğalmasının gerçekleşmesidir.^{5,6}

Cerrahi tedavi sonrası hastalığın tekrarlaması olayı sıkça olmaktadır. Cundiff hastalığın tekrarlama olasılığını %16 olarak tespit ederken, Evesole ve Rovin ise %20 oranında olabileceğinden bahsetmiştir.^{7,8}

OLGU SUNUMU

13 yaşında erkek hasta, ağız içi, üst damak ön kısmında yaklaşık 3 aydır mevcut olan şişlik yakınması nedeniyle Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurdu. Hastadan ve ebeveynlerinden alınan hastalık hikayesinde kitlenin zaman içinde büyüdüğü, bu süre içinde bir kez diş hekimine başvurduğu ve antibiyoterapi aldığı öğrenildi. Herhangi bir travma, dışparatı tabiki, protez hikayesi olmayan hastanın zaman zaman diş eti kanaması olduğu ve lezyondan ara ara kanama olduğu öğrenildi. Yapılan bölgesel muayenesinde ağız içinde maksiller kemik ön kısmında, ön-üst kesici dişlerin hemen arkasında, kendini çevreleyen diş eti mukozası ile aynı renkte elle muayenede soluklaşmayan, sapsız, sert, düzgün sınırlı, yaklaşık 10X10 mm'lik kitle izlendi



Resim 1. Ağız içinde kesici dişlerin arkasında orta hatta periferik ossifiye fibrom görüntüsü.

(Resim 1). Yine ağız içinde üst köpek dişlerinin dışa dönük çıkmasına bağlı şekil bozukluğu tespit edildi. Endoskopik muayenede nazal kavite normaldi, nazofarinkste adenoid doku mevcuttu.

Direk grafide herhangi bir kemik destrüksiyonu yokken paranazal tomografide üst alveolar kaviste 10x5 mm'lik anterior ve lateral kesimlerinde sklerotik rim ile çevrili, poseriorda destrüktif rim olmayan destrüktif ve ekspansil olmayan nodüler lezyon raporlandı.

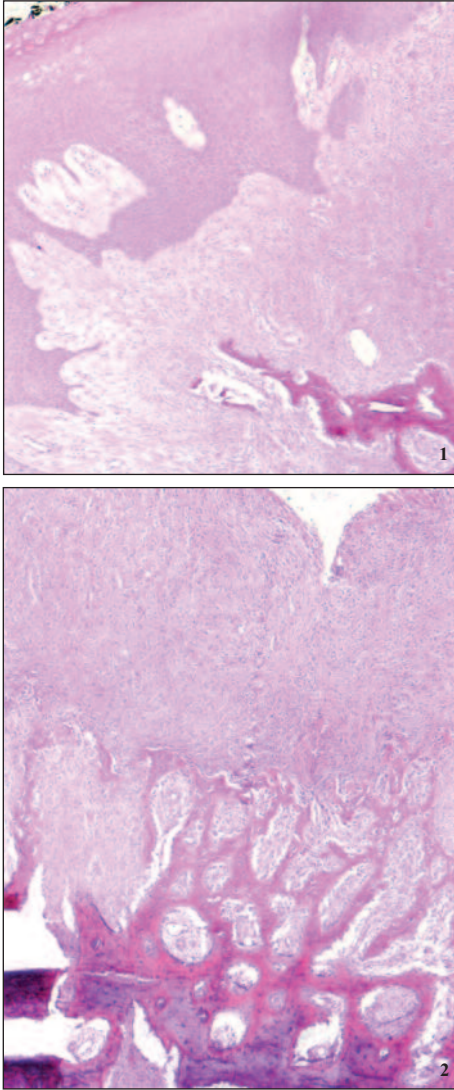
Fizik muayene, klinik değerlendirme ve radyolojik tetkikler ışığında ayırıcı tanıda fibroepitelyal polip, periferik odontojenik fibrom, pyojenik granülom ve periferik dev hücreli granülom düşünüldü.

Preop rutin kan tahlilleri istendi ve ameliyat öncesi dosyası hazırlanan hastaya lokal anestezi altında eksizyonel biyopsi yapıldı. Çıkarılan kitle spesimen yapıldı ve histopatolojik inceleme için patolojiye gönderildi. Yapılan histopatolojik incelemede çok katlı yassı epitel örtülü nodüler mukoza örneğinde epitel altında hipersellüler özellikte fibroblastik stroma ve stroma içerisinde kemik şeklinde gözlenen mineralize yapı izlendi. Atipi ve mitoz saptanmadı (Resim 2, 3).

Yapılan klinik değerlendirme ve histopatolojik incelemeler ile bu kitlenin POF olduğu düşünüldü. Bu yazı nedeniyle hastadan 'Bilgilendirilmiş Olur' alındı.

TARTIŞMA

Ağız içinde Ossifiye Fibrom 1940'ların sonlarında literatürde tanımlanmıştır.⁹ Ossifiye Fibrom'un farklı tipi olan Sement-Ossifiye Fibrom 1872'de ilk kez Menzel tarafından tanımlanmıştır. Çenede gelişmiş olan ilk



Resim 2, 3. Epitel altında, şişkin fibroblastlardan oluşan, hücreden zengin kollajenize bağ dokusunda kemik üretimi (HE, x50).

vaka 1927'de Montgomery tarafından literatürde yerini almıştır. Bhaskar ve ark. 1984'te kalsifikasyonla birlikte olan Periferik Fibrom'u tanımlamışlarken, 1972'de Eversole ve Rovin POF ifadesini kullanmışlardır.^{9,10} POF, saplı veya sapsız olmakla birlikte genellikle ülser, kırmızı renkli veya kendini çevreleyen diş eti mukozası ile aynı renkte görülebilmektedir.⁹

Sıklıkla kraniofasial kemiklerde meydana gelmekle birlikte 2 tipi mevcuttur: santral ve periferik tip. Yumuşak dokuda meydana gelen periferik tip alveolar çıkıntının üzerini örterken santral tip ise endosteumdan veya periodontal ligaman komşuluğunun apeks yakını-

dan köken alır ve kemiğin medüller boşluğunda yayılır.³

Temel etiyolojik faktörler olarak özellikle travma, kronik irritasyon, subgingival plak ve diş taşları vardır.⁹ Sıklıkla 2. ve 3. dekadlarda ve kadınlarda erkeklere oranla 5/1 oranında daha sıklıkla görülmektedir.⁹ Hastamız, 13 yaşında erkek hasta idi. Ara ara diş eti kanama öyküsü olmakla birlikte herhangi bir travma, diş aparatı kullanımı öyküsü yoktu. Kitle, periferik tip POF olup sapsız, kendini çevreleyen diş eti mukozası ile aynı renkteydi.

Literatürde POF, %60 oranında maksiller kemikte görülmektedir en sık da maksillanın ön bölümünde görülmektedir. %55-60 oranında kesici-köpek diş bölgesinde görülmektedir.⁹ Sunmuş olduğumuz vakada da kitle maksilla ön bölgesinde kesici diş arkasında oluşmuştu. Herhangi bir kemik destrüksiyonu yoktu.

Gingival büyümeler, klinik ve histopatolojik olarak irritasyon fibromu ve periferik yerleşimli odontojenik tümörlerle karıştırılabilir. POF, en çok periferik dev hücreli granülom, periferik odontojenik fibrom ve pyojenik granüloma benzer. Bazı POF vakaları başlangıçta pyojenik granülom olarak gelişirken sonradan fibröz maturasyon ve kalsifikasyon olduğu gözlenmiştir. Olgumuzda piyojenik granülomun bilinen klasik histopatolojik görünümü izlenmemiştir.^{9,11}

POF için cerrahi eksizyon tedavisi uygulanmaktadır ancak sıklıkla rekürrens olabileceği bildirilmiştir. Cundiff' in vaka serisinde %16, Eversole ve Rovin' in yaptıkları çalışmalarda %20 rekürrens olduğundan söz etmişlerdir. Böyle vakalarda tekrar cerrahi eksizyon gerekli olabilmektedir.^{7,8} Cuisia ve Brannan tarafından yapılan 134 vaka analizinde rekürrens aralığının 12 ay olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle bu hastalarda düzenli takip gerekmektedir.⁹ Hastamızın postopeperatif 3 aylık takibinde nüks bulgusuna rastlanmadı.

KARAR

POF, ağız içinde gingivada meydana gelen iyi huylu, sert, sınırlı bir lezyondur. Genellikle maksilla ön bölgede gingival kısımda izlenir. Sıklıkla 2.dekadada, gençlerde görülür. Kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir. Rekürrens oranı yüksektir ve düzenli takip gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Budunelli E, Budunelli N, Unal T. Long-term follow-up of peripheral ossifying fibroma: report of three cases. *Periodontol Clin Investig* 2001;23(1):11-4.
2. 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.
3. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: Areport of 3 cases. *J Periodontol* 2001;72(7):939-44.
4. Eversole LR, Sabers WR, Rovein S. Fibromy dysplasia: A nosology problem in the diagnosis of fibro-osseous lesion of the jaw. *J Oral Pathol* 1972;1(5):189-220.
5. Bhasin M, Bhasin V, Bhasin A. Peripheral ossifying fibroma. *Case Rep Dent* 2013;2013:497234.
6. Mesquita RA, Orsini SC, Sousa M, de Araújo NS. Proliferative activity in peripheral ossifying fibroma and ossifying fibroma. *J Oral Pathol Med* 1998;27(2):64-7.
7. Cundie EJ. Peripheral ossifying fibroma: A review of 365 cases. MSD Thesis Indiana University, 1972. In: Shafer WG, Hine MK, Levy BM, eds. *A Textbook of Oral Pathology*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1974. p.128.
8. Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. *J Oral Pathol* 1972;1(1):30-8.
9. Singh V, Bhaskar DJ, Bumb SS, Kishore M, Kadtane SS. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Pioneer Med Sci* 2014;4(4):177-179.
10. Bhaskar SN, Jacoway JR. Perihelal fibroma and peripheral fibroma with calcifications: Report of 376 cases. *J Am Dent Assoc* 1966;73:1312-20.
11. Erdemir EO, Erdemir A. [Peripheral ossifying fibroma: a case report]. *J Ankara Univ. Faculty of Dentistry* 2004;14(2):74-7.