

*GÖMÜLÜ YIRMİ YAŞ DIŞLERİYLE İLİŞKİLİ İDİOPATİK GİNGİVAL FİBROMATOZİS VAKASI VE KLİNİK YAKLAŞIM

THE CASE OF IDIOPATHIC GINGIVAL FIBROMATOSIS ASSOCIATED WITH IMPACTED WISDOM TEETH AND CLINICAL APPROACH

^{1**}Cennet Neslihan EROĞLU, ²Eylem AYHAN ALKAN

¹Yrd. Doç. Dr. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, VAN.

²Doç. Dr. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, VAN.

Özet

İdiopatik gingival fibromatozis daha çok karışık dişlenme döneminde karşılaşılan gingival dokuların genişlemesiyle karakterize benign bir lezyondur. Etiyolojisi hakkında kesin bir bilgi yoktur. Bu vaka raporu, 22 yaşında bayan bir hastada gömülü yirmi yaş dişleri bölgelerini tutmuş, enflamasyon nedeniyle ağrı ve yutkunma güçlüğüne neden olan fibromatozisin klinik yaklaşımı ve tedavisini içermektedir. Konvansiyonel cerrahi tedavi başarılı olmuştur. Hastanın 3 yıllık takibi sonucunda herhangi bir nüks gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik gingival fibromatozis, gömülü üçüncü molar diş.

Abstract

Idiopathic gingival fibromatosis is a benign lesion which generally occurs in mixed dentition and characterised by gingival enlargement. There is no definite information about the etiology. This case report represents a clinical approach and treatment method of fibromatosis which occurred in the buried third molar region of a 22-year-old female patient with pain and difficulty in swallowing due to inflammation. Conventional surgical treatment has been successful and no recurrence was observed at the end of 3-year follow-up of the patient.

Key words: Idiopathic gingival fibromatosis, impacted third molar.

Giriş

İdiopatik gingival hiperplazi olarak da bilinen herediter gingival fibromatozis, nadir görülen, serbest ve yapışık dişeti büyümesiyle karakterize nedeni belli olmayan kalıtsal bir malformasyondur. Çoğunlukla ağrısız, sert ve yoğun, alveolar mukozayı etkilemeksizin mukogingival birleşime kadar genişleme potansiyeline sahip, düzgün yüzeyli, pembe renkli lezyonlar olarak klinikte karşımıza çıkarlar (1).

Bu vakalarda görülen gingival hiperplazi, generalize (simetrik) veya lokalize (nodüler) olarak maksiller ve mandibuler arklarda hem bukkal hem lingual dokuları etkileyebilir (2).

Lezyonun lokalize tipinde maksiler tuberler bölgesi ve alt molarların lingual yüzeyleri etkilenir (2,3). Daha çok rastlanılan simetrik form da ise alveolar sırt boyunca uniform genişleyerek dişler üzerine uzanır ve yaygın pseudo cepler oluşturur (4).

Histolojik olarak incelendiğinde, konnektif doku stroması içinde kollajen demetlerin artması ve kalınlaşmasına bağlı gingival hiperplazi gözlenir. Noduler görüntünün sebebi ise kalınlaşan parahiperkeratinize epiteldir (5).

Bu vaka raporunda gömülü yirmi yaş dişleriyle ilişkili idiopatik gingival fibromatozisli bir hastanın kliniği, lezyonun cerrahi tedavisi ve prognozundan bahsedilecektir.

Olgu Sunumu

Yirmi iki yaşında bayan hasta, maksiller sağ posterior retromolar bölgede ağrı, şişlik ve yutkunmada güçlük şikayetiyle Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı'na başvurdu. Alınan anamnez neticesinde hastanın herhangi bir mental ve sistemik hastalığı olmadığı

*Bu vaka raporu 29-30 Nisan-01 Mayıs 2011 tarihinde Ölüdeniz/Fethiye'de düzenlenen 15. Ege Bölgesi Diş Hekimleri Odaları Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisi' nde poster tebliği şeklinde sunulmuştur.

**İletişim Adresi

Dr. Cennet Neslihan EROĞLU
Yüzüncü Yıl Ün. Diş Hek. Fak. Çene Cerrahisi AD
65080 Kampüs/VAN

e-mail: neslihanakca2003@yahoo.com

öğrenilmiştir. Hastanın düzenli kullandığı bir ilaç yoktu. Hastanın şikayetleri için herhangi bir başlangıç zamanı öğrenilememiştir. Ailede birinci derece akrabaları için araştırma yapılmış fakat herhangi bir bulguya rastlanılmamıştır. Yapılan klinik muayenede maksiller ve mandibular alt ve üst yirmi yaş dişlerinin lingual ve palatinal kısımlarında 2. molar dişlerin mezialine kadar yaygın fibrotik karakterde, görünüm olarak çevre mukoza ile aynı renkte, düzgün sert, yoğun kıvamda büyümelerin olduğu görülmüştür (Resim1-2).



Resim 1. Ameliyat öncesi üst çene



Resim 2. Ameliyat öncesi alt çene

Kanama veya kanamaya eğilimli bir doku tespit edilmemiştir. Sağ alt yirmi yaş dişine bağlı gelişmiş perikoronar enfeksiyon ve enflamasyon nedeniyle lenfadenopati mevcuttu. Radyolojik muayenede dişler ve çevre sert doku normal görünümündeydi. Enfeksiyonun medikal

tedavisine başlandıktan sonra hasta Periodontoloji Ana Bilim Dalı'na konsülte edilmiştir. Oral hijyen eğitimi içeren başlangıç periodontal tedavi sonrası multidisipliner tedavi planlaması yapılarak, hasta sağ taraftaki lezyonları ve gömülü dişlerinin çekimi için lokal anestezi altında ameliyata alınmıştır. Operasyon esnasında önce gömülü dişlerin çekimi yapılmış, daha sonra eksizyon ve gingivoplasti ile bölge dokularda doku inceltmesi ve düzenlemesi yapılmıştır. İlk operasyondan 2 hafta sonra aynı işlemler sol taraf lezyon ve gömülü dişler için de gerçekleştirilmiştir. Çıkarılan materyal histopatolojik incelemeye gönderilmiştir. Histolojik incelemede, fibröz bağ dokusuna ve küçük kalsifiye partiküllere rastlandı. Epitelde ise inflamatuvar infiltrasyon olmadığı tespit edilmiştir ve normal diş eti epiteline oldukça benzer bir görüntü izlenmiştir. Histopatolojik bulgular klinik bulgularla desteklenerek idiyopatik gingival fibromatozis tanısı konulmuştur. 2. ayın sonunda ağız içi dokular normal görünüme kavuşmuştur (Resim3-4).



Resim 3. Ameliyat sonrası üst çene 2. ay

Yaklaşık 8 ay kontrolümüzde olan hastanın 2011 de yaşanan Van Depremi sonrası ikametini değiştirmesi nedeniyle telefon yoluyla yapılan kontrollerde ve bölgedeki diş hekimi kontrollerinde 3 yıl sonunda lezyona ait herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmamıştır.



Resim 4. Ameliyat sonrası alt çene 2. ay

Tartışma

Çoğunlukla otozomal dominant geçişli olduğu bildirilen idiopatik gingival fibromatozis konjenital veya herediter kaynaklı olabilir. Mekanizması tam olarak anlaşılamamış olmasına rağmen gingival büyümede genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (4). Herediter tipler, kalıtsal sendromlara (Zimmerman Laband Sendromu, Murray Puretic Drescher, Rutherford, Cross, Cowden sendromları...vs) eşlik edebilmektedir (6-8).

Vakalar çoğunlukla süt dişlerinin düşme zamanı veya daimi dişlenmenin erken safhalarında görülmektedir. Kalıcı tedavi için dişlenmenin tamamlanması beklenmelidir çünkü aktif erüpsiyon döneminde dişeti büyümeleri devam etmektedir (9). Bizim hastamızda daimi dişlenme tamamlanmıştı fakat lezyon bilateral ve simetrik olarak gömülü yirmi yaş dişlerinin bulunduğu bölgeleri tutmuştu. Görüldüğü bölge açısından bu vaka literatürde bildirilen ilk vaka olup, etken ve nüks ihtimalini elimine etmek açısından oldukça avantajlı bir tablo sergilemiştir

Gingival fibromatozis gelişiminde etyolojik faktörler arasında kötü ağız hijyeni, yetersiz beslenme, sistemik hormonal düzensizlikler, bazı kan hastalıkları (lösemi, trombositopeni), sistemik ilaç kullanımı (fenitoin, siklosporin/nifedipin ve vigabatrin) ve herediter tiplere eşlik eden hastalıklar sayılabilir (1,10-12). Sunulan non-sendromik vakada ağız hijyeni ve yetersiz beslenme düşünülebilecek olası nedenlerdi. Literatürdeki vakaların çoğunda ailesel geçmiş tespit edilememiştir (4). Sunulan vaka da literatürün çoğunluğunu teşkil eden

vakalarda olduğu gibi herediter geçişten ziyade sporadik bir durumu düşündürmüştür.

Gingival fibromatozis genelde tedavi gerektirmez. Eğer fibrotik büyüme minimum seviyede ise dişlerin detertrajını takiben oral hijyenin iyileştirilmesi sorunu çözecektir (13). Fakat çiğneme, konuşma gibi fonksiyonlarda hasta güçlük çekiyorsa, estetik problemlere yol açıyorsa cerrahi eksizyonu düşünülebilir (1). Ayrıca bu tip olguların tedavisinde yöntem olarak eksizyon dışında karbondioksit lazer ve elektrokoter de kullanılabilir (14,15). Sunulan vakada lezyon ve lezyonun enflamasyonuna bağlı lenfadenopati sonucu hastada çiğneme, konuşma ve yutkunma problemi oluşmuştur. Lezyonun yarattığı hacim artışı nedeniyle bölgede hijyenin tam sağlanamamasına bağlı yirmi yaş dişi çevresinde gelişen enfeksiyon ekstra olarak medikal tedavi gereksinimine yol açmıştır. Bu nedenle diş çekimini takiben lezyonun eksizyonu gerçekleştirildi. Hastaya uygulanan başlangıç periodontal tedavi ve müteakip cerrahi operasyonlar sonrasında, dişetindeki kontur düzeltilerek, bu bölgedeki plak birikimi problemi çözülmüş ve hastanın şikayeti tatmin edici şekilde giderilmiştir.

İdiopatik gingival hiperplazide gingivektomi sonrası nüks gözlenebildiği için tedavi prosedürlerinin tekrarı gerekebilir (17). Baptista ve ark vakasında 20. Ay sonunda bir nüksten bahsedilirken (16), 2,3 ve 14 yıllık takipleri olan vakalarda herhangi bir nüks gözlenmemiştir (2,18,19). Bizim vakamızda klinik gözetimimiz altındayken ve uzak kontrollerde 3 yıl sorunsuz geçmiş olup idiopatik gingival fibromatozis vakalarının takibi için bu sürenin yeterli olacağı kanısındayız.

Sonuç olarak, konvansiyonel cerrahi yöntem sonrası oral hijyen motivasyonu ve uzun dönem hasta takibiyle bu gibi vakalarda klinik başarı sağlanabilmektedir.

Kaynaklar

1. Ramer M, Marrone J, Stahl B, Burakoff R. Hereditary Gingival fibromatosis: identification, treatment, control. *JADA* 1996; 127: 493-495.
2. Bansal A, Narang S, Sowmya K, Sehgal N. Treatment and two year follow up of a patient with hereditary gingival fibromatosis. *J Indian Soc Periodontol* 2011; 15: 406-9.
3. Varma BR, Nayak RP. *Clinical Periodontology*. 2nd ed. New Delhi: Arya (Medi) Publishing House; 2009.p.177.
4. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A Textbook of Oral Pathology*. 4 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1983.pp.785-6.

5. Shetty AK, Shah HJ, Patil MA, Jhota KN. Idiopathic gingival enlargement and its management. *J Indian Soc Periodontol* 2010;14:263-5.
6. Laband P, Habib G, Humphrey G. Hereditary gingival fibromatosis: Report of an affected family with associated splenomegaly and skeletal and soft tissue abnormalities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1964;17:339-51.
7. Oikawa K, Cavaglia AM, Lu D. Laband syndrome: Report of case. *J Oral Surg* 1979;37:120-2.
8. Sciubba JJ, Niebloom T. Juvenile hyaline fibromatosis (Murray-Puretic Drecsher Syndrome): Oral and systemic findings in siblings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62:397-409.
9. Fletcher JP. Gingival abnormalities of genetic origin: Preliminary communication with special reference to hereditary gingival fibromatosis. *J Dent Res* 1966;45:597-612.
10. Regezi JA. Clinical pathologic correlations. In: Sciubba JJ(ed). *Connective Tissue Lesions in Oral Pathology*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999:179-183.
11. Katz J, Chausho G, Navot G, Taicher S. Vigabatrin-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol* 1997;24:180-2.
12. Brightman VJ. Benign tumors of the oral cavity, including gingival enlargement. In: Lynch AM, Brightman VJ, Greenberg MS (eds). *Burket's Oral Medicine*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:189-91.
13. Dhadse PV, Yeltiwar RK, Pandilwar PK, Gosavi SR. Hereditary gingival fibromatosis. *J Indian Soc Periodontol* 2012;16:606-9.
14. Mason C, Hopper C. The use of CO₂ laser in the treatment of gingival fibromatosis: A case report. *Int J Paediatr Dent* 1994;4:105-9.
15. Duddu MK, Muppa R, Reddy GSP, Reddy PVN. Non syndromic gingival fibromatosis in a mild mental retardation child. *Contemp Clin Dent* 2012;3:206-9.
16. Baptista IP. Hereditary gingival fibromatosis: A case report. *J Clin Periodontol* 2002;29:871-4.
17. Emerson TG. Hereditary gingival hyperplasia. A family pedigree of four generations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965;19:1-9.
18. Bittencourt LP, Campos V, Moliterno LF, Riberio DP, Sampaio RK. Hereditary gingival fibromatosis: Review of literature and a case report. *Quintessence Int* 2000;31:415-8.
19. Gunhan O, Gardener DG, Bostanci H, Gunhan M. Familial gingival fibromatosis with unusual histologic findings. *J Periodontol* 1995;66:1008-11.