

PERİFERAL OSSİFİYE FİBROM: VAKA RAPORU

PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA: CASE REPORT

¹Mehmet SAĞLAM, ^{1*}Serhat KÖSEOĞLU ²İsmail TAŞDEMİR

¹Yrd. Doç. Dr. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD, İZMİR.

²Dt. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD, İZMİR.

Özet

Periferal ossifiye fibrom (POF) dişetinin neoplastik olmayan büyümelerinden olup, tüm dişeti büyümelerinin %9'unu oluşturduğu düşünülmektedir. Lezyon, travma ile ilişkili olmadıkça genellikle interdental papilin ağrısız büyümesi ile başlar. Klinik olarak periferal fibromaya benzer fakat histopatolojik analizler her zaman lezyonun içinde olgunlaşmamış kemik ve osteoid doku olduğunu göstermiştir. Bu rapor sağ alt çene kanin-premolar bölgesinde dişeti büyümesi olan 27 yaşındaki bayan hastanın olgu sunumudur. Lezyon klinik olarak asemptomatik, sıkı kıvamlı, damarlı ve soluk pembemsi bir görünümdeydi. Kitle faz I periodontal tedavi ve oral hijyen motivasyonundan 2 hafta sonra cerrahi olarak eksize edildi. Biyopsi dokusunun histopatolojik analizi sonucu POF tanısı konuldu. İki yıllık takip periyodunda nüks gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Periferal ossifiye fibrom, dişeti büyümesi, dişeti hiperplazisi.

Abstract

Peripheral ossifying fibroma (POF) is a non-neoplastic enlargement of the gingiva and is believed to comprise about 9% of all gingival growths. The lesions usually start as a painless overgrowth of the interdental papilla unless associated with trauma. Clinically, it resembles a peripheral fibroma, but histopathologic analysis always reveals immature bone and osteoid within the lesion. This report is a case presentation of a 27-year-old female with gingival overgrowth in the mandibular right canine-premolar region. Clinically, the lesion was asymptomatic, firm, vascularized and pale pinkish. The mass was surgically excised 2 weeks after phase I periodontal treatment and oral hygiene motivation. POF was diagnosed after histopathologic analysis of biopsied tissue. No recurrence was observed during the 2 year follow-up.

Key words: Peripheral ossifying fibroma, gingival enlargement, gingival hyperplasia.

Giriş

Periferal ossifiye fibrom (POF) neoplastik karakterden çok reaktif özellikler taşıyan, dişetinde gelişen lokalize bir doku büyümesidir (1). POF, periferal sementifying fibrom, kalsifiye fibröz epülis, ossifiye fibröz epülis, kalsifiye fibroblastik granülom gibi farklı şekillerde adlandırılmıştır (1, 2). POF klinikte sıklıkla interdental papilla üzerinde saplı veya sapsız nodüler bir kitle olarak görülür. Rengi ise kırmızıdan pembe renge kadar değişiklik gösterebilir. Etiyolojisinde mikroorganizmalar, çiğneme kuvvetleri, diştaşı, dental plak, minör travma ve dental restorasyonlar suçlansa da,

reaktif büyümeye neden olan asıl faktör kesin olarak tanımlanamamıştır (1, 2). POF'nin kökeni tam olarak bilinmemekle beraber periodontal ligamentten geliştiği düşünülmektedir (3). Her yaşta görülebilen bu lezyon, sıklıkla genç erişkinlerde, 2. ve 3. dekatlarda ve daha çok kadınlarda ortaya çıkar (4). POF'un tanısı klinik gözlem ve biyopsi ile yapılabilmektedir (5). Diş taşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemleri kitlenin iyileşmesinde çok az katkıda bulunmaktadır. POF'un tedavisi kitlenin cerrahi olarak eksizyonudur (6). Kitlenin cerrahi olarak çıkarılması sonrası görülen nüks %7-%45 (7), %16-%20 (8) olarak rapor edilmiştir. Rekürrens görünmesi nedenleri, kitlenin tam olarak eksize edilmemesi, local iritanların elimine edilmemesi ve ulaşılması güç olan bölgelerdeki cerrahi manüplasyonun yetersiz olması olarak belirtilmiştir (8). Bu vaka raporunda 27 yaşındaki bayan hastadaki POF'un tedavisi ve 2 yıllık takibi sunulmuştur.

*İletişim Adresi

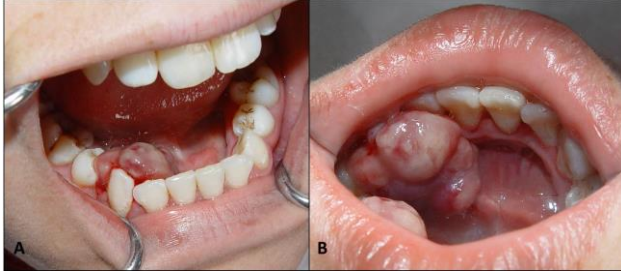
Dr. Serhat KÖSEOĞLU
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi,
Aydınlık Evler Mahallesi, Cemil Meriç Caddesi,
6780 Sokak, No:48,
35640-Çiğli/İZMİR

Tel: 0 232 325 40 40 (2602)

E-mail: serhatkoseoglu@gmail.com

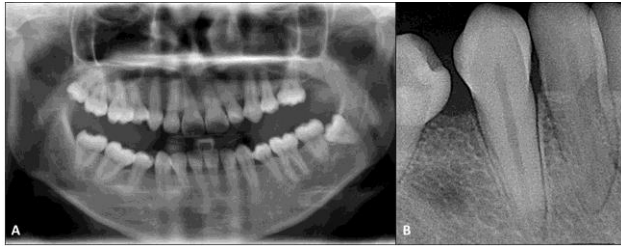
Olgu Sunumu

27 yaşında bayan hasta, ağız içerisinde yavaş büyüyen, ağrısız, çiğneme fonksiyonunu güçleştiren ve travmaya bağlı kanama gösterebilen kitle sebebi nedeniyle periodontoloji kliniğimize başvurmuştur. Alınan anamnez sonucunda hastanın herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmadığı öğrenilmiştir. Yapılan klinik muayenede ağız hijyeninin yetersiz olduğu, 42-44 nolu dişlerin lingualinde dişetinde 2-2.5 cm boyutunda, saplı, damarlı ve pembe renkte kitlenin varlığı ve periodontal sond ile yapılan hafif bir müdahalede kanama tespit edilmiştir (Resim 1).



Resim 1. Kitlenin tedavi öncesi klinik görünümü. **A.** Kitlenin labialden görünümü **B.** Kitlenin lingualden ayna görüntüsü

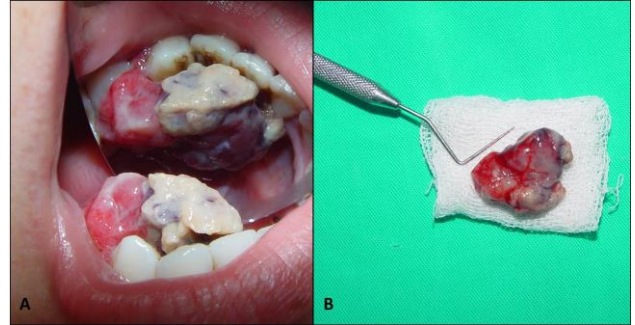
Radyografik incelemede ilgili bölgede bariz bir kemik kaybı gözlenmeyip, kitlenin bulunduğu bölgede radyopasite dikkati çekmiştir (Resim 2).



Resim 2. Hastaya ait radyografiler. **A.** Panoramik film **B.** İlgili bölgenin perapikal filmi

Kitlenin bulunduğu bölgedeki 42-44 nolu dişlerin vitalometre ile yapılan test sonucu vital olduğu saptanmıştır. Kitlenin öntanısı olarak piyojenik granuloma, peripheral dev hücreli granuloma ve peripheral fibroma düşünülmüştür. Hastaya aynı seansta diştaşı temizliği yapıp, ağız hijyeni eğitimi verilmiştir. Hastadan ayrıca 2. seansta getirmek üzere hematolojik testler istenmiştir. Yaklaşık 3 hafta sonra hasta

kliniğimize geldi. Kitle travma (ısıрма) nedeni ile eski durumuna göre büyümüştü (Resim 3A). Hematolojik testler sonrası parametrelerin normal sınırlar içinde olduğu öğrenildi. Aynı seansta hasta cerrahi operasyon için hazırlandı. İlgili bölgeye lokal anestezi yapıldıktan sonra, kitlenin etrafına suture yerleştirildi. Sonra 15 numaralı bistüri ile kitle derin bir şekilde eksize edildi (Resim 3B).



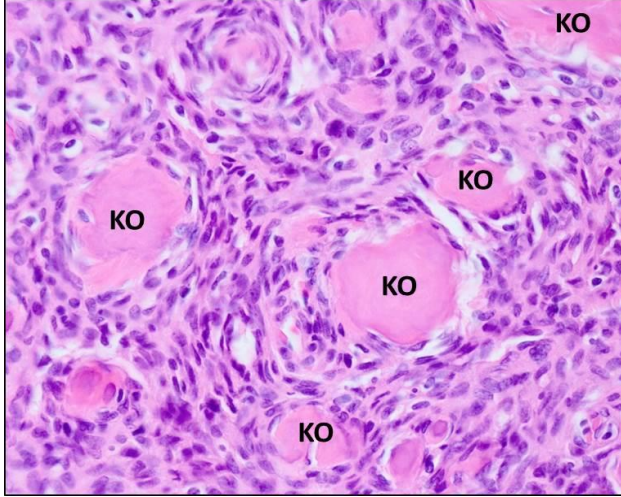
Resim 3. A. Kitlenin operasyon hemen önceki klinik görünümü **B.** Kitlenin cerrahi olarak çıkarıldıktan sonraki görüntüsü

İlgili dişlere kök yüzeyi düzleştirilmesi yapıldı ve ayrıca kemik yüzeyi de kürete edildi. İlgili bölgedeki kanama cerrahi koter yardımı ile kontrol altına alındı, daha sonra yara yüzeyi periodontal pat ile örtüldü. Çıkarılan kitle %10'luk formalin içeren şişe içinde histopatolojik inceleme için laboratuvara gönderildi. Operasyondan 2 hafta sonra hasta tekrar muayene edildi (Resim 4). Herhangi ağrı, hassasiyet ve kanama şikayeti gözlenmedi.



Resim 4. Cerrahi operasyondan 2 hafta sonra klinik görünüm. **A.** Operasyon bölgesinin labialden görünümü **B.** Operasyon bölgesinin lingualden ayna görüntüsü

Histopatolojik incelemede hiperplastik parakeratinize stratifiye squamöz epitel altında içinde çok sayıda kollajen fibril, fibroblast ve enflamatuvar hücre içeren bağ dokusu gözlemlendi. Bağ dokusu içerisinde ayrıca düzensiz kalsifiye odaklar bulunmaktaydı (Resim 5).



Resim 5. Kitlenin histopatolojik mikroskop görüntüsü (200x). (KO: Kalsifiye odak)

Klinik ve histopatolojik incelemeler sonucu kitlenin tanısı POF olarak konulmuştur. Hastanın 2 yıl boyunca takibi esnasında herhangi bir nüks gözlenmemiştir (Resim 6).



Resim 6. Cerrahi operasyondan 2 yıl sonra klinik görünüm. **A.** Operasyon bölgesinin labialden görünümü **B.** Operasyon bölgesinin lingualden ayna görüntüsü

Cilt / Volume 16 · Sayı / Number 2 · 2015

Tartışma

Literatürde POF'un dişetinde görülen büyümelerin %9'unu oluşturduğu belirtilmiştir (6). Bazı çalışmalarda POF'un daha çok maksillada görüldüğü söylenmekte iken (1, 7) mandibulada görüldüğünü rapor eden çalışmalar da mevcuttur (9, 10). Kitlenin ayrıca anterior bölgede daha sık görüldüğü belirtilmiştir (4-6). Ossifiye fibrom genellikle 20-40 yaş arası kadınlarda görülür ve yavaş büyür (11-13). Literatürde boyutunun genellikle 2 cm'den küçük (14) olduğu ancak 4 mm-8 cm veya 9cm gibi daha büyük çaplarda görülebileceği bildirilmiştir (15). Bu vaka raporunda hastamız 27 yaşında bayan hastaydı ve kitle yaklaşık 2,5x2 cm büyüklüğünde mandibulada ve anterior bölgedeydi. Literatürde POF'un alveolar kemik kaybına neden olabileceği ve ilgili dişlerde patolojik migrasyona neden olabileceği belirtilmiştir (16). Bizim hastamızda bariz bir kemik kaybı ve ilgili dişlerde patolojik migrasyon gözlenmedi.

POF'un etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber, subgingival plak ve diştaşı, kötü yapılmış restorasyonlar, apareyler, çiğneme kuvvetleri ve iatrojenik faktörlerin POF oluşumunu etkileyebileceği belirtilmiştir (6). Bizim hastamızda ilgili bölgede subgingival plak ve diştaşı mevcuttu. Bu durumun POF gelişimine neden olabileceği düşünülmüştür.

POF tanısı klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular eşliğinde konmaktadır. Klinik ayırıcı tanı periferal dev hücreli granuloma, piyojenik granuloma, fibroma, fibröz displazi ve periferal odontojenik fibroma ile yapılmaktadır (2). POF'da, periferal dev hücreli granulomadaki gibi mor veya mavi renklenme pek gözlenmemektedir ve radyografik olarak içinde bulunan kalsifiye komponentin miktarı ile ilişkili olarak radyopak ve radyolüsent alanlar içerebilir. Piyojenik granulomalar ile kıyaslandığında ise, piyojenik granulomalar birkaç mm'den 1 cm kadar değişen ve bazen kalsifikasyon gösteren lezyonlardır (2). Fibröz displazi ise kemik içerisinde yerleşen, radyolojik olarak sınırları çevre dokudan net ayırt edilemeyen bir lezyondur (17). POF'un histolojik incelenmesinde bütünlüğü korunmuş veya ülser olmuş stratifiye skuamöz epitel, çok sayıda fibroblast ve enflamatuvar hücre içeren bağdokusu, endotelial proliferasyon, osteoid, sement benzeri materyal veya distrofik kalsifikasyonlar gözlenmektedir (2, 4).

Hastamıza ait histopatolojik değerlendirmede epitelde ve bağ dokusunda literatürde belirtilen değişikliklere rastlanmıştır.

POF'un tedavisinde etiyolojik faktörlerin kaldırılması, ilgili dişlerde diştaşı temizliği yapılması ve kitlenin cerrahi olarak eksizyonu önerilmektedir (18). POF'un cerrahisinde bistüri, lazerler veya elektrocerrahinin kullanılabileceği belirtilmiştir (4). Tedavi sonrası rekürrens rapor edilse de POF'un prognozunun genelde iyi olduğu rapor edilmiştir (2). Cerrahi eksizyonun periostu ve periodontal ligamenti içermesinin, komşu dişlere diştaşı temizliği yapılmasının rekürrensi azaltacağı önerilmiştir (2, 4). Ayrıca hastanın uzun süreli olarak takip edilmesi de önemlidir. Hastamızda etiyolojik faktör olarak subgingival dental plak ve diştaşları düşünüldüğü için, ilk olarak kapsamlı bir diştaşı temizliği yapılmış ve oral hijyen eğitimi verilmiştir. Hastamızda lezyon kemik içinde yerleşmemesi, saplı olması nedeni ile kolaylıkla ekspoze edilebildi ve total olarak eksize edildi. İki yıllık takip sürecinde nüks gözlenmedi.

POF yavaş ilerleyen bir lezyondur. Tedavi edilmediği takdirde büyüyebilir ve çiğneme fonksiyonunu engelleyebilir. Bu yüzden lezyonun erken tanısı ve etkili tedavinin başlatılması çok önemlidir. Tam olarak eksize edilemeyen lezyonların yeniden büyüme potansiyeline sahip olması ve lezyonun yüksek rekürrens oranı nedeni ile hastanın operasyon sonrası uzun süreli yakın takibi çok önemlidir.

Kaynaklar

1. Miller CS, Henry RG, Damm DD. Proliferative mass found in the gingiva. J Am Dent Assoc 1990; 121: 559-560.
2. Parmar YS, Tarsariya VM, Jayam C, Bandlapalli A. An unusual presentation of peripheral ossifying fibroma in an elderly man. BMJ Case Rep 2014; 2014.
3. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. J Oral Sci 2006; 48: 239-243.
4. Barot VJ, Chandran S, Vishnoi SL. Peripheral ossifying fibroma: A case report. J Indian Soc Periodontol 2013; 17: 819-822.
5. Bhasin M, Bhasin V, Bhasin A. Peripheral ossifying fibroma. Case Rep Dent 2013; 2013: 497234.
6. Chugh S, Arora N, Rao A, Kothawar SK. Laser excision of peripheral ossifying fibroma: Report of two cases. J Indian Soc Periodontol 2014; 18: 259-262.
7. Cuisia ZE, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma--a clinical evaluation of 134 pediatric cases. Pediatr Dent 2001; 23: 245-248.
8. Shetty DC, Urs AB, Ahuja P, Sahu A, Manchanda A, Sirohi Y. Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. Indian J Dent Res 2011; 22: 56-61.
9. Tokman B, Sengüven, B., Türkseven, M.R. Periferik ossifiye fibrom: 50 vakalık seride klinik ve histopatolojik değerlendirme. AÜ Diş Hek Fak Derg 2005; 32 (1): 1-7.
10. Ribeiro AC, Carlos R, Diaz KP, Gouvea AF, Vargas PA. Bilateral central ossifying fibroma affecting the mandible: report of an uncommon case and critical review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011; 111: e21-26.
11. Akcam T, Altug HA, Karakoc O, et al. Synchronous ossifying fibromas of the jaws: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012; 114: S120-125.
12. Hara M, Matsuzaki H, Katase N, et al. Ossifying fibroma of the maxilla: a case report including its imaging features and dynamic magnetic resonance imaging findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012; 114: e139-146.
13. Gondivkar SM, Gabdail AR, Chole R, Parikh RV, Balsaraf S. Ossifying fibroma of the jaws: report of two cases and literature review. Oral Oncol 2011; 47: 804-809.
14. Nazareth B, Arya, H., Ansari, S. & Arora, R. Peripheral ossifying fibroma — A clinical report. Int J Odontostomat 2011; 5(2): 153-156.
15. Farquhar T, Maclellan J, Dymont H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. J Can Dent Assoc 2008; 74: 809-812.
16. Poon CK, Kwan PC, Chao SY. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 695-698.
17. Erdem D, Yıldırım, G.A. Üst çenede periferik ossifiye fibrom. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg 2014; 24(4): 242-246.
18. Prasad S, Reddy SB, Patil SR, Kalburgi NB, Puranik RS. Peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma. Are they interrelated? N Y State Dent J 2008; 74: 50-52.