

## MANDİBULADA ASİMETRİYE NEDEN OLAN PERİFERAL OSTEOMA: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

### PERIPHERAL OSTEOMA CAUSING ASYMMETRY OF THE MANDIBLE: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Dr.Dt.Zühre Zafersoy AKARSLAN\*  
Dt.Defne AKPINAR\*\*\*

Dr.Dt.Ceyda KOCABAY\*\*  
Yrd.Doç.Dr.Benay TOKMAN\*\*\*

Dt.Volkan AKAR\*\*  
Prof.Dr.Hülya ERTEN<sup>+</sup>

#### ÖZET

*Bu makalenin amacı, mandibula posterior bölgesinde lokalize olup asimetriye neden olan bir periferal osteoma vakasının teşhis ve tedavisinin anlatılması ve literatürde rapor edilmiş olan vakaları incelemektir.*

*52 yaşında bir bayan hasta, mandibulasının sol posterior bölgesindeki şişliğin tedavisi amacı ile kliniğimize başvurdu. Yapılan klinik ve radyografik muayene sonucunda şişliğe sebep olan lezyonun ön tanısı osteoma olarak konuldu. Lezyonun tamamı, lokal anestezi altında eksize edilerek histolojik inceleme yapıldı. Lezyonun kesin tanısı periferal osteoma olarak kondu.*

*Periferal osteomalar nadir de olsa mandibulada gelişebildiğinden, bu bölgede lokalize olan ve asimetri oluşturan diğer lezyonlardan ayırt edilmeleri gerekmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** mandibula, osteoma

#### SUMMARY

*The objective of this article is to describe the diagnosis and treatment of a peripheral osteoma, causing an asymmetry on the posterior region of the mandible, and to review the present peripheral osteoma cases in the literature.*

*A 52 year old female patient referred to our clinic for the treatment of a swelling localized on her left side of the posterior region of the mandible. After the clinical and radiographical examination, the pre-diagnosis of lesion was said to be a peripheral osteoma. The lesion was completely excised under local anesthesia and histological examination was performed. The final diagnosis of the lesion was made as a peripheral osteoma.*

*As being rare, peripheral osteomas could be localized on the mandible and should be taken into account during differential diagnosis of other lesions causing asymmetry on the mandible.*

**Key Words:** Mandible, osteoma

#### GİRİŞ

Osteomalar, kompakt veya spongios kemik yapısında olabilen, yavaş büyüyen kemik lezyonlardır.<sup>1</sup> Etiyolojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, gerçek bir neoplazm, gelişimsel bir anomali<sup>2</sup> veya travma sonucu gelişen reaktif bir doku büyümesi olduğu düşünülmektedir.<sup>3,4,5</sup>

Osteomalar, santral, periferal veya ekstra iskeletsel olarak üç gruba ayrılmaktadırlar. Santral osteomalar endosteumdan, periferal osteomalar periosteumdan ve ekstra iskeletsel olan yumuşak doku osteomalari ise genellikle kas dokusundan köken almaktadırlar.<sup>3</sup>

Osteomalar genellikle kraniyofasiyal bölgede, nadir olarak da çene kemiklerinde gelişmektedirler. Lokalizasyon sıklıkları çoktan aza doğru incelendiğinde, en sık olarak

paranasal sinüslerde, daha az sıklıkta da sırasıyla dış kulak kanalı, orbita duvarı, temporal kemik, pyterogoid süreç ve mandibulada oluşturmaktadırlar.<sup>4,6</sup>

Çenelerde lokalize olan osteomalar boyut ve lokalizasyonlarına bağlı olarak trismus, ilerleyici maloklüzyon ve fasiyal asimetriye,<sup>2,7</sup> yutkunmada ve konuşmada zorluğa neden olabilmektedirler.<sup>8</sup>

Bu vaka raporunda, mandibulanın posterior bölgesinde lokalize olan ve burada şişlik oluşturan bir periferal osteoma vakası, tedavisi ve konu ile ilgili literatür derlemesi anlatılmaktadır.

#### OLGU BİLDİRİMİ

52 yaşındaki bayan hasta sol taraftaki mandibula posterior bölgesinde yaklaşık olarak son beş yıldır yavaş büyüyen ve asimetriye neden olmuş olan bir

\* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji BD, ANKARA.

\*\* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Hastalıkları ve Çene Cerrahisi ABD, ANKARA.

\*\*\* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Temel Tıp Bilimleri ABD, Oral Patoloji BD, ANKARA.

<sup>+</sup> Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi ABD, ANKARA.

kitlenin tedavisi amacı ile kliniğimize başvurmuştur.

Hastadan alınan anamnezde sistemik hastalığı bulunmadığı, lezyonun geliştiği bölgede ise geçmişte herhangi bir travma veya enfeksiyon olmadığı saptandı.

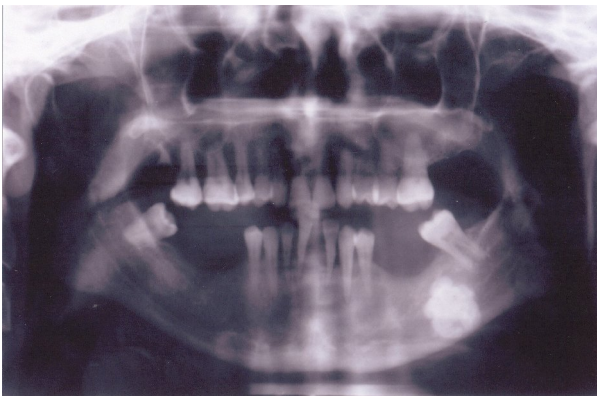
Yapılan ekstraoral muayenede, hastanın mandibulasının sol taraf posterior bölgesinde bir asimetri saptandı. (Resim 1) Asimetri bulunan bölgede yapılan fiziksel muayenede ağrısız, sert, non-pulsatif, yaklaşık 2-2.5 cm çapında hareketsiz bir kitle saptandı. Kitlenin üzerindeki derinin rengi normaldi ve ısı artışı yoktu. Yapılan lenf muayenesinde lenfadenopati saptanmadı.



**Resim 1:** Hastanın operasyon öncesi fasiyal görüntüsü

İntraoral muayenede ise, kitlenin bulunduğu bölgedeki bukal sulkusda sığlaşma ve palpasyonda sert doku hissedilebilmekteydi. Lezyonun komşuluğundaki dişler uzun zaman önce çekilmiş idi.

Hastadan alınan panoramik radyografide, lezyonun bulunduğu bölgede dens, radyopak bir lezyon izlenmekteydi. (Resim 2)



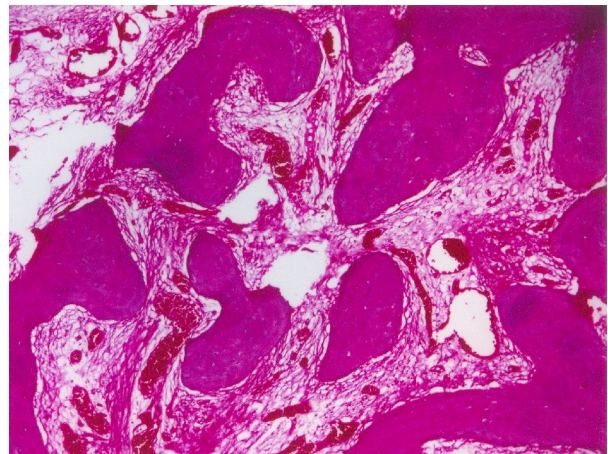
**Resim 2:** Lezyonun panoramik radyografideki görüntüsü

Klinik muayene ve radyografik inceleme sonucunda, lezyonun ön tanısı osteoma olarak konularak, hasta tedavi amacı ile cerrahi kliniğine yönlendirildi. Lezyon lokal anestezi altında intraoral olarak yapılan insizyon ile tamamen eksize edildi.

Lezyon makroskopik olarak, lobüler görünüme sahip, kirli beyaz renkte kemik sertliğinde doku idi. (Resim 3) Çıkarılan doku histopatolojik inceleme için patoloji kliniğine gönderildi. Histopatolojik incelemede lezyonun matür kemik görünümünde olduğu ve lameller yapıdaki kemik dokusu yer yer kompakt yer yer ise birbiri ile birleşen trabeküller kemik yapısı bulunduğu saptandı. Özellikle kompakt kemik alanlarında reversal çizgilenmeler ve arada kemik iliği dokusu bulunmakta idi. Ayrıca bazı alanlarında fibrozis vardı. Lezyona spongiyöz kemik yapısında periferik osteoma tanısı konuldu. (Resim 4)

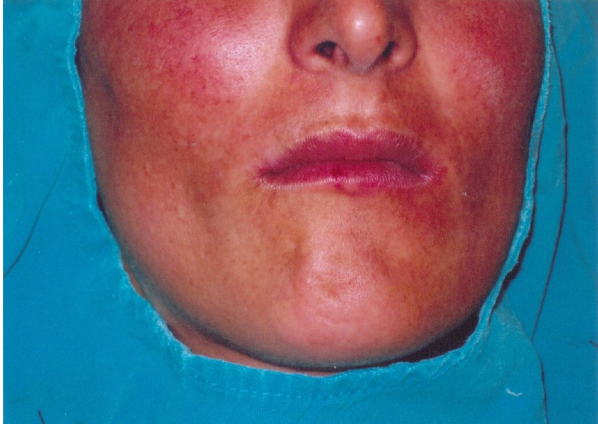


**Resim 3:** Operasyonda çıkarılan dokunun makroskopik görüntüsü



**Resim 4:** Lezyonun mikroskopik görüntüsü. Spongiyöz yapıyı oluşturan matür kemik trabekülleri ve kemik iliği dokusu (H&E, X10)

Operasyon sonrası hastanın fasiyal görüntüsü resim 5'te görülmektedir.



Resim 5: Hastanın operasyon sonrası fasiyal görüntüsü

### TARTIŞMA

Bu vaka raporunda mandibula posterior bölgesinde lokalize olan ve asimetriye neden olan lezyonun tanısı yapılan klinik muayene, radyografik ve histopatolojik inceleme sonucunda periferik osteoma olarak konuldu.

Periferik osteomaların etiyojileri ve patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar lezyonu gerçek bir neoplazm, diğerleri ise gelişimsel bir anomali olduğunu düşünmektedirler.<sup>2</sup> Bunlara ek olarak, lezyonun travma sonucu gelişen bir reaktif doku büyümesi olduğunu savunan araştırmacılar da vardır.<sup>3,4,5</sup> Kaplan ve arkadaşları,<sup>4</sup> travma ve kasların çekme gücüyle yaratılan gerginliğin subperiosteal kanamaya veya ödeme neden olarak, periosteomu yukarı doğru itmesinin periferik osteomaların gelişmelerine zemin hazırladığını düşünmektedirler. Bu vaka raporundaki hastada lezyonun geliştiği bölgede herhangi bir travma veya enfeksiyon hikayesi bulunmamaktaydı. Johann ve ark.<sup>9</sup> da mandibulada lokalize olan bir periferik osteoma vakasında da travma ve enfeksiyon hikayesi bulunmadığını bildirmişlerdir.

Birçok vakada çenelerde lokalize olan osteomalar herhangi bir sendromla ilişkili olmamakla birlikte, az sayıda da olsa yüksek malign transformasyon riski bulunan, kolorektal polipozis ile karakterize, çene ve yüzde birden fazla osteoma ve sürnumerer dişler bulunan Gardner sendromu ile ilişkili olabilmektedir.<sup>1</sup> Bu makalede rapor edilen hastada Gardner sendromuna ait herhangi bir klinik bulgu yoktu.

Birçok osteoma küçük ve asemptomatik olduğu için bu lezyonların görülme sıklığı hakkında çok kesin bir sonuç söylenememekle birlikte,<sup>10</sup> literatürde Gardner sendromu ile ilişkili olmayan mandibulada lokalize birçok periferik osteoma vakası rapor edilmiştir.<sup>2,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23</sup>

Bunlar arasında en geniş literatür derlemesi 1927 ile 2003 yılları arasında mandibulada lokalize olan 63 adet periferik osteoma vakasının incelendiği derlemedir.<sup>9</sup> Bu derlemede lezyonların cinsiyet ayrımı yapılmadı, ortalama teşhis edilme yaş aralığının 9-85 ve ortalama yaşın 36.5, lokalizasyonlarının ise çoktan aza doğru korpus (23 vaka), kondil (18 vaka) angulus (9 vaka), ramus (7 vaka), koronoid proçes (5 vaka) ve sigmoid notch (1 vaka) olduğu bildirilmiştir. Bilgimiz dahilinde bu derlemede olmayan vakaları incelediğimizde, periferik osteomaların görüldüğü bölgeler çoktan aza doğru en fazla korpus (10 vaka),<sup>6,8,16,20,21</sup> kondil (4 vaka),<sup>7,13,17,20</sup> ramus (2 vaka),<sup>19,20</sup> angulus (2 vaka),<sup>20,22</sup> angulus ve kollumun (1 vaka)<sup>23</sup> ve ramus, korpus ve kondilin bir bölümü (1 vaka)<sup>18</sup> olarak rapor edilmiştir. Bu vakalardaki cinsiyet hastaların 9'unun erkek, 10'inin kadın olduğu ve yaş aralığının da 13-79 olduğu belirlenmiştir. Bu vaka raporunda tanımlanan hasta da 52 yaşında bir kadını ve lezyon mandibulanın korpus bölgesinde lokalize idi.

Klinik olarak periferik osteomalar tek taraflı, sessile veya pedikule, iyi sınırlı lezyonlar olup, boyutları 10-40 mm arasında değişebilmektedir.<sup>2</sup> Bu vakadaki lezyon da tek taraflı olup, iyi sınırlı sessile bir lezyondu ve boyutu yaklaşık olarak 20 mm idi.

Osteomaların radyografik görüntüleri genellikle yuvarlak veya oval, iyi sınırlı radyopak kitle şeklindedir. Bu vaka raporundaki lezyonun panoramik radyografideki görüntüsü yuvarlak, lobüler düzgün sınırlı radyopak bir kitle şeklinde idi. Küçük hacimli lezyonlarda panoramik radyografiler yeterli olabilmekte iken, büyük hacimli lezyonlarda bilgisayarlı tomografi lezyonun boyutu ve çevre dokularla olan ilişkisinin belirlenmesinde yardımcı olmaktadır.<sup>8</sup> Bu vakadaki lezyonun klinik ve panoramik radyografideki görüntüsü tanı ve tedavi için yeterli olmuştur.

Çenelerde lokalize olan osteomaların ayırıcı tanısının eksoztoz, osteoid osteoma, periosteal osteoblastoma ve osteosarkoma gibi, diğer kemik içerikli lezyonlardan yapılması gerekmektedir.<sup>24,25</sup> Ayrıca diş dokularından köken alan odontoma ve

kronik skleroze osteomyelit benzer semptomlara neden olabileceğinden ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.<sup>2, 26</sup> Osteomalar erişkin dönemde sürekli büyüme göstermektedirler ancak, eksozozlar puberte sonrasında büyüme göstermemektedirler. Osteoid osteomanın radyografik bulgusu; içinde radyoopak alanlar ve etrafında sklerotik bant bulunan bir radyolüsensidir. Ayrıca bu lezyonda genellikle gece yatınca oluşan ve aspirin ile geçen ağrı mevcuttur.<sup>1</sup> Osteblastoma radyografik olarak iyi sınırlı, içinde radyoopak alanlar olan ve etrafında sklerotik bant bulunabilen radyolüsent bir lezyondur. Bu lezyonda da genellikle ağrı mevcuttur fakat ağrı aspirin ile geçmemektedir.<sup>1</sup> Osteosarkom da çenelerde görülen malign kemik tümürüdür ve radyografik olarak da sklerotik radyolüsent veya mikst görüntü vermektedir. Diğer lezyonlarla karşılaştırıldığında osteomaların büyüme hızları daha yavaştır. Bu da ayırıcı tanıda önemli bir yer tutmaktadır.<sup>22</sup>

Mikroskobik olarak incelendiğinde, osteomalar normal kemik veya spongiyöz kemik yapısından oluşabilmektedirler. Histolojik olarak spongiyöz ve kompakt kemik yapılarına olan lezyonların görülme sıklığına bakıldığında, hemen hemen eşit oranda olduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup> Bu vakadaki lezyon da spongiyöz kemik yapısında idi.

Mandibulada lokalize olan osteomalar genellikle asemptomatik olup boyut ve lokalizasyonlarına bağlı olarak birtakım estetik problemlere veya maloklüzyona sebep olabilmektedirler.<sup>2</sup> Estetik kaygıya ilaveten, periferik osteomanın kanser fobisi oluşmasına neden olduğu bir vaka'da rapor edilmiştir.<sup>21</sup> Bu semptomların ortaya çıktığı durumlarda lezyonun cerrahi olarak parçası olduğu kortikal kemikten tam olarak eksize edilmesi gerekmektedir.<sup>21</sup>

Osteomaların tedavisi lokalizasyonlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Bazı vakalarda intraoral eksize ile tedavi mümkün iken, özellikle angulus bölgesinde lokalize ve estetik problemlere neden olan büyük lezyonlarda ekstraoral cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Ekstraoral cerrahi yaklaşımda daha iyi bir görüş alanı sağlanmaktadır. Ancak, bu yaklaşımda kötü skar dokusu oluşumu, mandibuler sinir, fasiyal arter veya venin hasarı gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir.<sup>23, 27</sup>

Osteomaların eksize edildikten sonra nüks oranı çok düşüktür. Malign transformasyon göstermemektedirler.

Sonuç olarak, periferik osteomalar çok sık olmamakla birlikte mandibulada da görülebilmektedir. Mandibulada görülen periferik osteomalar asimetri ve maloklüzyon gibi birtakım klinik bulgulara neden olduklarında eksize edilerek tedavi edilmeleri gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Günhan Ö. Oral ve maksillofasiyal patoloji. 1. basım. Ankara: Atlas Ltd Şti; 2001. s.162-164.
2. Sayan NB, Üçok C, Karasu HA, Günhan Ö. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: A study of 35 new cases. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 1299-1301.
3. Bodner L, Gatot A, Sionvardy N, Fliss DM. Peripheral osteoma of the mandible ascending ramus. J Oral Maxillofac Surg 1998; 56: 1446-9.
4. Kaplan I, Calderon S, Buchner A. Peripheral osteoma of the mandible: A study of 10 new cases and analyses of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1994; 52: 467-70.
5. Schneider LC, Dolinsky HB, Grodjesk JE. Solitary peripheral osteoma of the jaws: report of a case and review of the literature. J Oral Surg 1980; 38: 452-55.
6. Ertaş Ü, Tozoğlu S. Uncommon peripheral osteoma of the mandible: Report of two cases. J Contemp Dent Pract 2003; 4: 98-103.
7. Siar CH, Jalil AA, Ram S, Ng KH. Osteoma of the condyle as the cause of limited-mouth opening: a case report. J Oral Sci 2004; 46: 51-3.
8. Ogbureke K U E, Nashed M N, Ayoub A F. Huge peripheral osteoma of the mandible: A case report and review of the literature. Pathol Res Prac 2007; 203: 185-88.
9. Johann ACBR, Freitas JB, Agular MCF, Arauj NS, Mesquita RA. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. J Cranio Maxillofac Surg 2005; 33: 276-281.
10. Harorlı A, Yılmaz AB, Akgül HM. Dişhekimliğinde radyolojide temel kavramlar ve radyodiagnostik. 1. basım Erzurum: Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Ofset Tesisleri; 2001. s. 396-7.
11. Kashima K, Rahman OIF, Sakoda S, Shiba R. Unusual peripheral osteoma of the mandible: Report of two cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 911-13.
12. Bessho K, Murakami K, Iizuka T, Ono T. Osteoma in mandibular condyle. Int J Oral Maxillofac Surg 1987; 16: 372-5.
13. Ortaoğlu K, Günaydın Y, Aydınтуğ YS, Safalı M. Osteoma of the mandibular condyle. Report of a case with 5-year follow-up. Mil Med 2005; 170: 117-20.

14. Yavuz H, Yılmaz C, Akkuzu B. Peripheral osteoma of the mandible: a case report. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2004; 13: 87-90.
15. Chen YK, Lin LM, Lin CC, Hsue SS, Huang E, Chuong SY, Chou SH. Peripheral osteoma of the condyle. J Chin Med Assoc 2003; 66: 123-6.
16. Swanson KS, Guttu RL, Miller ME. Gigantic osteoma of the mandible: report of a case. J Oral Maxillofac Surg 1992; 50: 635-8.
17. Mancini JCMA, Woltmann M, Felix VB, Freitas RR. Peripheral osteoma of the mandibular condyle. Int J Oral Maxillofac Surg 2005; 34: 92-3.
18. Kerckhaert A, Wolvius E, van der Wal K, Oosterhuis JW. A giant osteoma of the mandible: a case report. J Craniomaxillofac Surg 2005; 33: 282-5.
19. Cincik H, Güngör A, Ertuğrul E, Çekin E, Doğru S. Peripheral osteoma of the mandible mimicking a parotid mass. 2007; 264: 429-31.
20. Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: A study of 14 cases. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2005; 10: 139-42.
21. Atılğan SS, Yaman F, Yılmaz U N, Erol B. Submandibular bölgede radyo-opak kitle (periferik osteoma): Olgu sunumu. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006; 9: 107-110.
22. Ataç S M, Şimşek B, Güngör N. Osteoma: Bir olgu sunumu. GÜ Diş Hek Fak Derg 2004; 21: 209-12.
23. Türker M, Güngör N, Yücetaş Ş, Ergun E, Yılmaz D. Osteoma (1 olgu). GÜ Diş Hek Fak Derg 1985; 1: 221-7.
24. Cerase A, Priolo F. Skeletal benign bone forming lesions. Eur J Radiol 1998; 27: 91-7.
25. Greenspan A, Remagen W. Bone forming tumors. In: Greenspan A, Remagen W. Differential diagnosis of tumors and tumor like lesions of bone and joints. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. pp. 25-122.
26. Richardson PE, Arendt DM, Fidler JE, Webber CM. Radiopaque mass in the submandibular region. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57: 709-13.
27. Toma VS, Mathog RH, Toma RS, Meleca R. Transoral versus extraoral reduction of mandible fractures: A comparison of complication rates and other factors. Otolaryngol-Head and neck surgery 2003; 59: 215-19.

**Yazışma Adresi:**

Dr.Dt.Zühre Zafersoy AKARSLAN  
Gazi Üniversitesi Diş Hek Fak  
Oral Diagnoz ve Radyoloji BD  
8. cad. 84. sok. Emek ANKARA.  
**Tel** : 0312 203 41 52  
**Faks** : 0312 223 92 26  
**E-posta** : dtzuhre@yahoo.com