



## OSSEÖZ DİSPLAZİ: KLİNİK VE RADYOGRAFİK BULGULARLA ÜÇ VAKA SUNUMU

### OSSEOUS DYSPLASIA: THREE CASES PRESENTED WITH CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FINDINGS

Arş. Gör. Dt. Selin YEŞİLTEPE \*

Arş. Gör. Dt. Yasin YAŞA\*

Prof. Dr. Ahmet Berhan YILMAZ\*

**Makale Kodu/Article code:** 2227  
**Makale Gönderilme tarihi:** 06.04.2015  
**Kabul Tarihi:** 04.06.2015

#### ÖZ

Osseöz displaziler (OD) periodontal ligament kaynaklı olduğu düşünülen, kemik yapısının fibroblastlar ve mineralize materyal bulunduran kollajen liflerle yer değiştirdiği, benign fibro-osseöz lezyonlardır. Etiyolojisi bilinmemesine rağmen, hafif kronik travma ve travmatik okluzyon sonucu olabileceği öne sürülmüştür. OD lezyonları genellikle asemptomatiktir ve tedavi gerektirmez. Periapikal, fokal, florid OD ve familial gigantiform sementoma olmak üzere dört gruba ayrılırlar. Bu makalede üç farklı tip OD lezyonunun (periapikal, fokal, florid) klinik, radyolojik ve dental volumetrik tomografi (DVT) bulguları sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Olgu sunumları; konik ışınli bilgisayarlı tomografi; florid osseöz displazi

#### ABSTRACT

Osseous dysplasias (OD) are benign fibro-osseous lesions, which is thought to be originated from periodontal ligament. The bone structure is replaced by fibroblasts and mineralized material containing collagen fibers. Although the etiology is unknown, it has been suggested to be the result of mild chronic trauma and traumatic occlusion. OD lesions are usually asymptomatic and does not require treatment. They are divided into four types including periapical, focal, florid OD and familial gigantiform cementoma. Clinical, radiological and dental volumetric tomography (DVT) findings of three different types of OD lesions (periapical, focal, florid) are presented in this article.

**Key Words:** Case reports; cone-beam computerized tomography; florid osseous dysplasia

#### GİRİŞ

Osseöz displaziler (OD), klinikte en sık karşılaşılan, normal kemik yapısının mineralize materyal ihtiva eden kollajen lifler ve fibroblastlarla yer değiştirdiği fibro-osseöz lezyon tipidir.<sup>1</sup> Semento-osseöz displazi terimi 1992'de WHO (World Health Organization) tarafından osseöz displazileri tanımlamak için kabul edilmiştir.<sup>2</sup> OD'lerin etiyoloji ve patogenezi tam olarak belirlenememesine rağmen histogenetik olarak periodontal ligamentten kaynaklandığı düşünülmektedir. OD lezyonları klinik, radyografik ve mikroskopik olarak birçok ortak özelliğe sahiptir.<sup>3</sup> 2005 yılında lokalizasyonları temelinde periapikal OD, fokal OD, florid OD ve familial gigantiform sementoma olmak

üzere dört grupta sınıflandırılmışlardır.<sup>4, 5</sup> Olgunlaşma aşamalarına göre aynı radyografik görüntüyü verirler. Erken evrede (osteolitik) radyoopasite içermeyen radyolusent alan halinde görünürler ve periapikal kronik inflamatuvar lezyonlar ile karışabilirler. Lezyonlar olgunlaşma gösterdikçe önce mikst (sementoblastik), daha sonra ise tamamen radyopak (matür evrede masif kalsifikasyonlar) görüntü verirler.<sup>3</sup>

Periapikal osseöz displaziler (POD) genellikle siyah ırkta, daha çok orta yaş kadınlarda, mandibular anterior dişlerin apikalinde rastlanılan, neoplazm olmamalarına rağmen aynı zamanda sementoma olarak da tanımlanan benign fibro-osseöz lezyonlardır. POD lezyonları tek veya çoklu odaklar halinde görülebilir olmasına rağmen, çoklu odaklar halinde daha sık görü-

\*Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD



lürler. Yuvarlak şekilli lezyonlar iyi sınırlı, ince radyolusent bantla çevrili, genellikle asempto- matiktirler. Kortikal kemik ve mukoza normal olarak izlenir ve lezyonların ilişkili olduğu dişler vitaldir. Erken evre lezyonları periapikal kronik inflamatuvar lezyonlarla karıştırılabildikleri için gereksiz endodontik ve cerrahi işlem uygulanma riski vardır. Klinik ve radyografik olarak tanı konulabildiği takdirde herhangi bir tedavi gerektirmez.<sup>3, 6</sup>

Fokal osseöz displaziler (FOD) kadınlarda erkeklerle oranla daha sık ve genellikle hayatın 4. ve 5. dekatlarında, posterior mandibulada görülen, çenelerin iyi huylu fibro-osseöz lezyonlarıdır. Genellikle rutin radyografik incelemelerde tesadüfen saptanır ve asemptomatiktirler. Hastalarda genellikle sadece tek bir lezyon mevcuttur. Ayırıcı tanısı POD, florid osseöz displazi ve ossifying fibroma ile yapılmalıdır. Tanı konulabildiği takdirde tedavi gerektirmez.<sup>7, 8</sup>

Florid osseöz displaziler (FLOD) sıklıkla orta yaş kadınlarda, mandibular ve maksiler posterior bölgelerde, bilateral ve genellikle simetrik olarak görülen, nadir rastlanan, benign fibro-osseöz lezyonlardır.<sup>2, 9-11</sup> POD'nin çenelerde yaygın olarak görülen ve bazen agresif karakter gösterebilen formu olarak tanımlanır.<sup>12</sup> FLOD'nin daha genç bireylerde görülen, daha yaygın lezyonlarla karakterize, klinik ve patolojik olarak farklılık gösteren otozomal dominant geçişli familial tipi de rapor edilmiştir.<sup>13</sup> FLOD lezyonları erken evrede radyolusent, olgunlaşma gösterdikçe mikst, maturasyonunu tam olarak tamamladığında ise çok sayıda lobüler, etrafı radyolusent görünüm veren kapsül ile çevrili radyopak kitleler şeklinde görülmektedir.<sup>5,14</sup> Lezyonlar birleşerek Paget's hastalığındaki gibi atılmış pamuk tarzında görüntü verirler, fakat Paget's hastalığı lezyonlarında FLOD lezyonlarının etrafını çevreleyen radyolusent bant izlenmez.<sup>15</sup> Panoramik radyografilerdeki karakteristik görünümü çoğu zaman tanı koymak için yeterlidir ve tedavi gerektirmez. En yaygın komplikasyonu total veya parsiyel protez kullanan hastalarda osteomyelit gelişmesidir.<sup>16</sup>

Bu makalede üç farklı tip OD lezyonunun (periapikal, fokal, florid) klinik, radyolojik ve DVT özellikleri sunulmuştur.

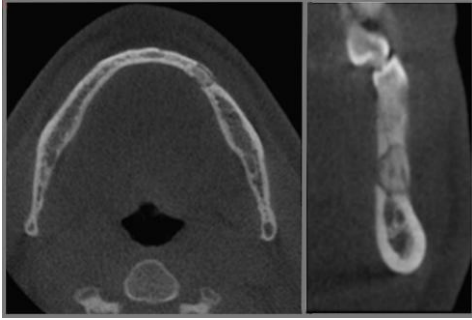
## OLGU SUNUMU

### Olgu 1

28 yaşındaki erkek hasta çenesinin sağ üst bölgesindeki ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde herhangi bir sistemik ve ailevi rahatsızlığı olmadığı, genel sağlık durumunun iyi olduğu belirlendi. İntraoral muayene sonrasında alınan panoramik radyografide üst çene sağ ikinci, üçüncü molar dişlerinde derin dentin çürükleri, alt çene sol birinci premolar dişin apikalinde ise iyi sınırlı radyolusent lezyon tespit edildi. (Resim1) İlişkili diş bölgesinde alveoler mukozanın normal olduğu ve fistül oluşumunun bulunmadığı gözlemlendi. İlgili dişte mobilitate, migrasyon, perküsyon hassasiyeti yoktu. Asemptomatik olan dişin yapılan vitalite kontrollerinde vital olduğu belirlendi. Lezyonun komşu anatomik yapılar ile ilişkisini değerlendirmek için DVT'ye (NewTom-FP; Quantitative Radiology, Verona, Italy) başvuruldu. Cihaz, standart olarak 110 kVp ve maksimum 15 mA konik ışın hüzmeye tekniği ile çalışmaktadır. Cihaz hastanın baş yoğunluğuna göre otomatik olarak doz seçimini sağlayan bir sisteme (AEC, automatic exposure control system) sahiptir. Tüm vakalarda aynı cihaz kullanılmıştır. Aksiyal ve kesit incelemelerinde alt çene sol birinci premolar diş periapikalinde, kanalis mandibularis ve foramen mentale ile yakın komşulukta, bukkal perforasyona sebep olan, 9,1x7,0x10,6 mm ebatlarında, düzenli sınırlı hipodensif alan içerisinde izohiperdens lezyon alanı izlendi. (Resim 2) Klinik, radyografik ve DVT incelemeleri sonunda lezyonun erken evredeki (osteolitik) POD ile uyumlu olduğuna karar verildi, biyopsiye gerek görülmedi. Lezyonun asemptomatik olması sebebiyle herhangi bir tedavi düşünülmeydi. Hasta lezyon hakkında bilgilendirildi, etkili oral hijyen eğitimi verildi ve 6 aylık rutin takipler önerildi.



Resim 1. 34 nolu dişin periapikalindeki radyolusensiyi gösteren Olgu-1'e ait panoramik radyograf



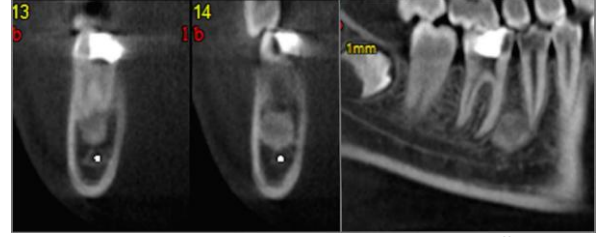
Resim 2. Olgu-1'e ait aksiyal (solda) ve kesit (sağda) DVT incelemelerinde 34 nolu diş periapikalinde bukkal perforasyona sebep olan, düzenli sınırlı hipodensif alan içerisinde izohiperdens lezyon alanı

### Olgu 2

15 yaşındaki erkek hasta alt çene sağ birinci molar dişindeki ağrı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde herhangi bir sistemik ve ailevi rahatsızlığı olmadığı, genel sağlık durumunun iyi olduğu belirlendi. İntraoral muayenede alveolar mukozanın normal olduğu ve herhangi bir fistül oluşumunun bulunmadığı gözlemlendi. Alınan periapikal radyografide alt çene sağ birinci molar dişte büyük bir amalgam dolgu ve alt çene sağ ikinci premolar ve alt çene sağ birinci molar dişler arasında radyopak görüntü veren lezyon görülmesi üzerine hastadan panoramik radyografi istendi. Panoramik radyografide lezyonun tek taraflı olduğu görüldü. (Resim 3) Elektrikli pulpa testi ile dişin vital olduğu belirlendi. Lezyonun komşu anatomik yapılar ile ilişkisini değerlendirmek için DVT' ye başvuruldu. Sagittal ve kesit incelemelerinde alt çene sağ ikinci premolar ve alt çene sağ birinci molar dişlerin apikali arasında, bukkal ve lingual kortikal kemiklerce sınırlanan alanda trabeküler yoğunlaşma gösteren, sınırları düzenli, kortikal kemikle izodensite gösteren osseoz lezyon alanı izlendi(Resim 4). Klinik, radyografik ve DVT incelemeleri sonunda lezyonun matür evredeki FOD ile uyumlu olduğuna karar verildi, biyopsiye gerek görülmedi. Hasta lezyon hakkında bilgilendirildi, herhangi bir tedavi gerektirmediği açıklandı, oral hijyen eğitimi verildi ve rutin takipler önerildi.



Resim 3. 45 ve 46 nolu dişler arasında radyoopasiteyi gösteren Olgu-2'ye ait panoramik radyograf



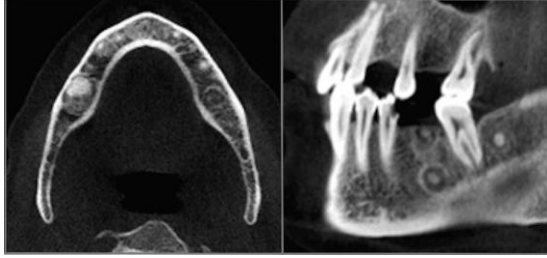
Resim 4. Olgu-2'ye ait kesit (solda) ve sagittal (sağda) DVT incelemelerinde mandibular 45 ve 46 nolu dişlerin apikali arasında, bukkal ve lingual kortikal kemiklerce sınırlanan alanda trabeküler yoğunlaşma gösteren, sınırları düzenli lezyon alanı

### Olgu 3

Kliniğimize rutin kontrol ve diş taşı temizliği için başvuran 38 yaşındaki kadın hastanın anamnezinde herhangi sistemik ve ailevi rahatsızlığı olmadığı belirlendi. Alınan panoramik radyografide mandibulada bilateral radyopak görüntü veren lezyonlar olduğu görüldü. (Resim 5) Lezyonların komşu anatomik yapılar ile ilişkisini değerlendirmek için DVT' ye başvuruldu. Aksiyal ve sagittal incelemelerde alt çene sağ birinci molar, alt çene sol kanin diş kökleri ile ilişkili ve alt çene sol birinci molar, üçüncü molar diş bölgelerinde olmak üzere toplam dört farklı odakta, multiple, en büyüğü alt çene sağ birinci molar diş bölgesinde olan, düzenli sınırlı hipodensif alanlar içerisinde hiperdensif odaklı lezyonlar izlendi. İlgili lezyonlar bilateral olarak kanalis mandibularis ile ilişkili değildi. (Resim 6) Klinik, radyografik ve DVT incelemeleri sonunda lezyonun FLOD ile uyumlu olduğuna karar verildi. Hasta lezyonların malign karakterde olmadığı, herhangi bir tedavi gerektirmediği konusunda bilgilendirildi. Oral hijyen eğitimi verildi ve rutin takipler önerildi.



Resim 5. Mandibulada bilateral radyopak görüntü veren lezyonları gösteren Olgu-3'e ait panoramik radyograf



Resim 6. Aksiyal (solda) ve sagittal (sağda) DVT incelemelerde mandibular 46, 33 nolu diş kökleri ile ilişkili ve 36, 38 nolu diş bölgelerinde olmak üzere toplam dört farklı odakta düzenli sınırlı hipodensif alanlar içerisinde hiperdensif odaklı lezyonlar

## TARTIŞMA

OD'ler klinikte en sık karşılaşılan fibro-osseöz lezyon tipidir. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, benign ve asemptomatik lezyonlardır.<sup>2</sup>

Çalışmalar periapikal ve fokal osseöz displazilerin aynı histopatolojik ve klinik karakteristikleri gösterdiklerini ortaya koymuştur.<sup>7</sup> FOD posterior mandibulada yaygın olarak görülmekte iken POD genellikle anterior mandibulada görülür.<sup>3</sup> FLOD lezyonları mandibular ve maksiler posterior bölgelerde, bilateral ve genellikle simetrik olarak görülür.<sup>2,9</sup> POD tanısı koyulan 1., FOD tanısı koyulan 2. ve FLOD tanısı koyulan 3. olgumuz lokalizasyonları yönünden literatür bilgileri ile uyumludur.

OD daha çok siyah ırkta, kadınlarda ve orta yaşta görülmektedir.<sup>1</sup> Melrose ve ark<sup>15</sup> 34 hasta ile yaptıkları çalışmada, vakalardan 32 tanesinin yaş ortalamaları 42 olan siyah kadınlar olduğunu rapor etmiştir. Bizim olgularımızda lezyonlar beyaz ırkta görülmüşlerdir ve hastaların yaşı sırasıyla 28, 15, 38'dir.

OD lezyonları genellikle matür aşamada iken klinik ve radyografik bulgular tanı koymada yeterli olabilmektedir ancak erken evre lezyonların tanısında zaman zaman güçlüklerle karşılaşılabilir.<sup>17</sup> Böyle durumlarda biyopsiye başvurulması tanıya varmada yararlı olacaktır. Bizim olgularımızda lezyonların radyografik görünümleri daha önce bildirilmiş olan olgularla benzerlik göstermekteydi ve bu karakteristik görünümle tanıya ulaştırdı.

POD erken evre lezyonları periapikal kist, granüloma ve kronik osteomyelitle karıştırılabilir ve hastalar yanlış yönlendirilebilirler. Bu yüzden vitalite testleri özellikle önemlidir. 2. ve 3. evre lezyonlarının ayırıcı tanısında kronik sklerozan osteomyelit, ossifying/cementifying fibrom, odontoma ve osteoblastoma da göz önüne alınmalıdır.<sup>17</sup>

FLOD lezyonlarının Paget hastalığı, kronik diffüz osteomyelit ve Gardner sendromu lezyonlarıyla ayırıcı

tanısı yapılmalıdır. Paget hastalığı lezyonları da atılmış pamuk görüntüsü sergiler ancak FLOD lezyonları inferior alveolar kanalın üstünde konumlanırken Paget hastalığında lamina dura kayıpları gözlenir ve tüm mandibula etkilenir.<sup>9</sup> Ayrıca Paget hastalığı sıklıkla birçok kemiği ilgilendirip etkileyen, alkalin fosfataz seviyesinin artış gösterdiği bir hastalıktır.<sup>16,18,19</sup> Gardner sendromunda benzer radyografik bulgulara ek olarak, dental anomaliler, deri tümörleri ve iskeletsel değişiklikler vardır. Kronik osteomyelit ise mandibulanın primer enfeksiyonudur, tek taraflı ağrı, yumuşak dokuda şişlik, ateş ve lenfadenopati ile kendini gösterir, radyografik incelemesinde, yer yer küçük kalsifikasyon odakları olan sınırları belirsiz litik lezyon saptanır.<sup>4,20</sup>

OD'ler genellikle rutin radyografik incelemeler sırasında fark edilir ve tedavi gerektirmezler, fakat periyodik olarak takip edilmelidirler. İleri derecede deformiteye sebep olan lezyonların cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir.<sup>21</sup> Lezyonlar mukoza altında şişlik oluşturduğunda, travma sonucu mukozanın ülserasyonu ve sekonder enfeksiyonu gelişebilir, böyle bir durumda tedavi edilmelidir. Avasküler karakterde olan lezyonların enfeksiyonlara ve osteomyelit gelişimine duyarlılığı fazladır. Semptomlu lezyonların tedavisi yoğun mineralize dokuda gelişen kronik enflamasyon nedeni ile oldukça zordur. Antibiyotikler zayıf doku difüzyonu gösterirler ve genellikle etkili olamazlar.<sup>22</sup>

Waldron ve ark<sup>21</sup> herhangi bir semptom olmayan lezyonlarda hastanın takibini önermişlerdir. Beylouni ve ark<sup>9</sup> da, klinik bir semptom olmayan lezyonların panoramik radyografilerle 2 ya da 3 yılda bir takibinin yeterli olduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgularımızda da semptom olmaması sebebiyle herhangi bir tedaviye gerek görülmedi ve hastalara takip önerildi.

Asemptomatik vakalarda, konvansiyonel radyografiler çenelerde görülen diffüz, multifokal lokalizasyonlu radyopak kitlelerin diaagnozunda önemli rol oynar. Fakat radyografide benzer sklerotik görünümde olan lezyonların ayırıcı tanısında DVT görüntülemeleri tercih edilmektedir.<sup>5,8,16,17,23</sup> DVT, lezyonların lokalizasyonunun ve genişliklerinin, kortikal alveolar kemik ekspansiyonu ve perforasyonunun görüntülenmesinde kullanılan etkin bir araçtır.<sup>24</sup>

OD lezyonlarının teşhisi genellikle klinik ve radyolojik özellikleri ile yapılabilir ancak gelişim evreleri dikkate alınmalıdır. Gereksiz kanal tedavileri ve cerrahi işlemlerden kaçınmak için klinisyenler lezyonların özelliklerini bilmeli ve radyografik görüntülerinin farkında olmalıdırlar.

## KAYNAKLAR

1. Özen Sandıkçı E, Zengin Z, Sümer P, Günhan Ö. Semento-osseöz displazi: Dört olgu raporu. Cemento- osseous dysplasia: Report of four cases. Hacettepe Dişhek Fak Derg 2007; 31: 38-42.
2. MacDonald-Jankowski DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. Dentomaxillofacial Radiology 2003; 32: 141-9.
3. Resnick CM, Novelline RA. Cemento-osseous dysplasia, a radiological mimic of periapical dental abscess. Emerg Radiol 2008; 15: 367-74.
4. Jerjes W, Banu B, Swinson B, Hopper C. Florid cemento-osseous dysplasia in a young Indian woman. A case report. Br Dent J 2005; 198: 477-8.
5. Önder B, Kurşun Ş, Öztaş B, Barış E, Erdem E. Florid osseous dysplasia in a middle-aged Turkish woman: A case report. Imaging science in dentistry 2013; 43: 197-200.
6. Smith S, Patel K, Hoskinson AE. Periapical cemental dysplasia: a case of misdiagnosis. Br Dent J 1998; 185: 122-3.
7. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84: 540-9.
8. Gumusok M, Alkurt M, Hamurcu K, Kilavuz D, Baris E, Simsek B. Focal cemento-osseous dysplasia. J Oral and Maxillofacial Radiolog 2014; 2: 92.
9. Beylouni I, Farge P, Mazoyer JF, Coudert JL. Florid cemento-osseous dysplasia - Report of a case documented with computed tomography and 3D imaging. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics 1998; 85: 707-11.
10. Muğlalı M G, Gönülol E, Günhan Ö. Florid semento-osseöz displazi: olgu raporu. Atatürk Üniv Dış Hek Fak Derg 2011; Supplement 4:73-6.
11. Kim J-H, Song B-C, Kim S-H, Park Y-S. Clinical, radiographic, and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia: a case report. Imaging science in dentistry 2011; 41: 139-42.
12. Dagistan S, Tozoglu U, Goregen M, Cakur B. Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12: 348-50.
13. Toffanin A, Benetti R, Manconi R. Familial florid cemento-osseous dysplasia: a case report. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 1440-6.
14. Köklü HK, Çankal DA, Bozkaya S, Ergün G. Florid cemento-osseous dysplasia: Report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. Journal of clinical and experimental dentistry 2013; 5: 58.
15. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 41: 62-82.
16. Köse TE, Köse OD, Karabas HC, Erdem TL, Özcan İ. Findings of florid cemento-osseous dysplasia: a report of three cases. Journal of oral & maxillofacial research 2013; 4.
17. Eskandarloo A, Yousefi F. CBCT findings of periapical cemento-osseous dysplasia: A case report. Imaging science in dentistry 2013; 43: 215-8.
18. Goncalves M, Pispico R, Alves Fde A, Lugao CE, Goncalves A. Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. Braz Dent J 2005; 16: 247-50.
19. Ogunsalu CO, Lewis A, Doonquah L. Benign fibro-osseous lesions of the jaw bones in Jamaica: analysis of 32 cases. Oral Dis 2001; 7: 155-62.
20. Singer SR, Mupparapu M, Rinaggio J. Florid cemento-osseous dysplasia and chronic diffuse osteomyelitis Report of a simultaneous presentation and review of the literature. J Am Dent Assoc 2005; 136: 927-31.
21. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43: 249-62.
22. Bencharit S, Schardt-Sacco D, Zuniga JR, Minsley GE. Surgical and prosthodontic rehabilitation for a patient with aggressive florid cemento-osseous dysplasia: a clinical report. J Prosthet Dent 2003; 90: 220-4.
23. Rao GS, Kamalapur MG, Acharya S. Focal cemento-osseous dysplasia masquerading as benign cementoblastoma: A diagnostic dilemma. Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP 2014; 18: 150.
24. Gunduz K, Avsever H, Karacayli U, Senel B, Piskin B. Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. Braz Dent J 2009; 20: 347-50.

### Yazışma Adresi

Dt. Selin Yeşiltepe  
Atatürk Üniversitesi  
Dış Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Dış ve Çene Radyolojisi AD  
Erzurum  
Tlf: 04422311753  
e-mail: dt\_selin@yahoo.com

