

## KOMPLEKS ODONTOMA 2 OLGU BİLDİRİMİ

Dr.Erkan ERKMEN\*

Dr.Nur MOLLAOĞLU\*

Dr.S.Elif GÜLTEKİN\*\*

### COMPLEX ODONTOMA REPORT OF 2 CASES

#### ÖZET

Odontomalar odontojenik orijinli olan tümörlerin sıkça rastlanan türlerindedir. Dental literatürde başlıca üç gruba ayrılarak adlandırılmaktadır. Bunlar kompleks, kom-pound ve adenoblastik fibro-odontomadır. Odontomalar genellikle persiste bir süt dişi yada sürmemiş bir daimi diş germi ile birlikte görülmektedir. Odontomaların kesin olarak etiolojileri bilinmemekle birlikte temelinde lokal travma, enfeksiyon, kalıtım yada genetik mutasyonun yattığından şüphe edilmektedir. Çalışmalara göre erkeklerin kadınlara oranla odontomaya yatkınlıklarının daha fazla olduğu bilinmektedir. Odontomalar sıklıkla hayatın ikinci dekadında ortaya çıkmaktadırlar. Benign karakterdeki bu odontojenik tümörler semptomsuz seyretmekle birlikte aşırı büyümeleri ile kendilerini hissettirmektedir. Tedavileri ise tümörlerin cerrahi olarak eksizyonudur. Bu makalede iki adet değişik yaşlarda izlenen kompleks odontoma vakası tanımlanmakta ve uygulanan tedavi yaklaşımı literatür desteği ile tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Odontoma, Kompleks odontoma, Ekstraoral ve intraoral yaklaşım.

#### SUMMARY

An odontoma refers to any tumor of odontogenic origin. Three distinct types of odontomas have been distinguished in the dental literature; complex, compound and ameloblastic fibro-odontoma. Odontomas are usually associated with overly retained primary and unerupted permanent teeth. The exact etiology of odontomas is unknown but local trauma, infection, inheritance and genetic mutation have been postulated as possible causes of odontomas. Studies revealed that males are more likely than females to have odontomas with most frequent occurrence in the second decade of life. They have all benign character and no symptoms until they got an excessive mass in the maxillofacial region. Odontomas can be treated without complication with a technique of total excision. In this study, two complex odontoma cases diagnosed in different age groups were described and their treatment modalities were discussed.

**Key Words:** Odontoma, Complex odontoma, Extraoral and intraoral approach.

#### GİRİŞ

Odontomalar, odontojenik tümörler içinde oldukça sıklıkla izlenen benign karakterde tümörler olup, literatürde yaygın olarak tanımlanmalarına rastlanmaktadır.<sup>8</sup> Bu tümörler başlangıç aşamasında odontoblastoma olarak adlandırılmakta ve neoplastik epitel hücreleri ile mezenşimal hücreleri içermektedirler.<sup>8</sup> İlerleyen dönemlerde, differansiye olan hücrelerin kalsifikasyonu, diş dokusuna benzer (mine, dentin, sement) yapılara dönüşmekte ve bu yapıların normal olmayan organizasyonları ile çevrelerin fibröz bir kapsülle çevrelenmeleri sonrasında "odontoma" olarak adlandırılmaktadırlar. Klinik, radyografik ve histopatolojik görünümüne göre genellikle kom-pound ve kompleks olarak iki değişik formda gözlenmekte, adenoplastik fibroodontomalara ise daha nadiren rastlanmaktadır.<sup>1-3,8-10</sup>

Kompleks odontomalar (CO) genellikle bir sürmünerer diş ya da sürmemiş bir diş ile beraber görülmektedir ki bu da CO'ların gelişmekte olan

bir diş germinin mine organından proliferen olan epitel hücrelerinden köken aldığını düşündürmektedir.<sup>3,8,10</sup> Bu tür odontomalar sert ve kalsifiye kitlelerden oluşmakta ve çapları 0.5x0.5 cm ile 3.5x3.5cm. arasında değişebilmektedir. Bu kitleler içinde diş yada dişi andıran yapılara rastlanmakta ancak ana yapı tamamen organize olmamış dental yapıları içermektedir.<sup>8</sup> Klasik radyografik bulgu olarak radolüsent sınırlı radyoopasite izlenmekte zaman zaman fibröz kapsülün dens kitle içine invaginasyonu ile lobüler bir görünüm de izlenebilmektedir. Genellikle semptomsuz olarak yavaş gelişim göstermekte, sıklıkla 2.dekatta görülmekte, ileri düzeyde büyümesi halinde çenelerde ekspansiyona sebep olabilmektedir.<sup>1-3,10</sup>

Tedavisi ise lezyonun gömülü yada sürmünerer dişlerle birlikte total eksizyonudur. Küçük yaşlarda ise altındaki germin zarar görmediğine inanılıyorsa lezyon çıkartıldıktan sonra dişin sürmesinin uzun dönem takipleri önerilmektedir.

\* Gazi Üniv Diş Hek.Fak.Ağız,Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

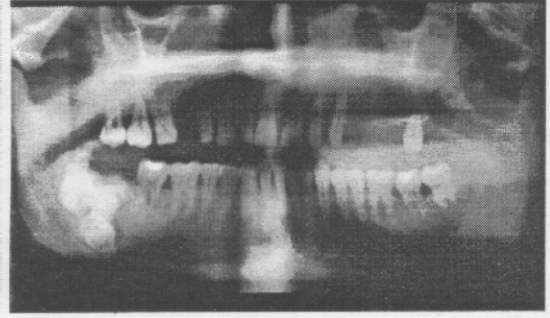
\*\* Gazi Üniv Diş Hek.Fak.Oral Patoloji Bilim Dalı

## VAKA 1

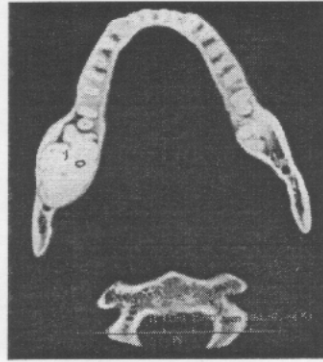
G.Ü.Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine 1997 yılında sağ mandibular bölgede lokalize ağrı şikayeti ile baş vuran 35 yaşındaki erkek hastanın yapıları klinik muayenesinde; intraoral olarak 7 nolu dişin distalinden başlayarak retromolar bölgeye uzanan ve büyük oranda vestibüler olmakla beraber bilateral ekspansiyon izlenmiştir. Lezyon üzerini örten mukozaya ise intakt ve normal görünümde tespit edilmiştir. Ekstraoral olarak ise sağ angulus-korpus bölgesinde normal konturlardan hafif bir sapma izlenmiştir. Radyografik muayenelerinde; alınan panoramik grafiler sonucunda, sağ mandibula angulus bölgesinde 3x3 cm boyutlarında dens radyopak görünümde ve çevresi radyolüsent sınırla çevrili kitle tespit edilmiştir. Hastadan alınan bilgisayarlı tomografi sonuçları ile de lezyon lokalizasyon ve boyut olarak doğrulanmıştır (Resim 1,2).

Hasta histopatolojik olarak ön tanının doğrulanması amacı ile biyopsiye hazırlanmış, yapılan insizyonel biyopsi sonuçları G.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'ndan CO olarak gelmiştir. Lezyonun büyüklüğü ve lokalizasyonu göz önüne alınarak intraoral olarak yeterli yaklaşımın sağlanamayacağına karar verildiğinden hasta ekstraoral olarak operasyona hazırlanmıştır.

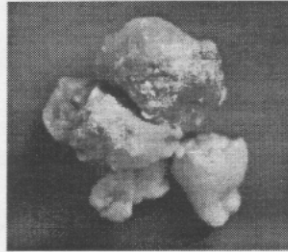
Genel anestezinin sağlanmasının ardından Risdon insizyonu ile giriş sağlanmış, N.Facialisin marjinal mandibular dalı, A.V.Facialisin bulunması ardından M.masseter diseksiyonu ile angulusa ulaşılmış, ortaya çıkartılan lezyon ikiye ayrılarak beraberindeki gömülü diş ile birlikte eksize edilmiştir (Resim 3,4). Lezyonun büyük olması ve beraberindeki gömülü dişin mandibula inferior kenarına yakınlığı göz önünde bulundurularak ilgili mandibula bölgesi fraktür riskine karşı mini plaklar ile desteklenmiş ve takiben bölge kapatılmıştır. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucunda da tanı ilk biyopsi sonuçları ile uyumlu bulunmuştur (Resim 5-8). İmmediat postoperatif ve uzun dönem postoperatif izlemlerde gerek fasiyal sinir gerekse inferior alveolar sinir ile ilgili yada yara bölgesi iyileşmesi ile ilgili bir komplikasyon oluşmamıştır. Hasta üçer aylık dönemlerde rutin takibe alınmıştır. 24 aylık takipleri sonunda defektli mandibula bölgesinin sorusuz ve tamamen iyileştiği gözlenmiştir.



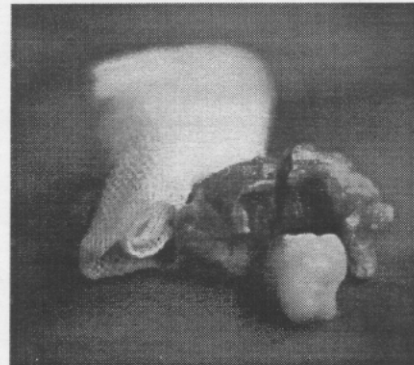
Resim 1. Vaka 1'in preoperatif panoramik radyografik görüntüsü.



Resim 2. Vaka 1'de aksiyal kesitte BT görüntüsü



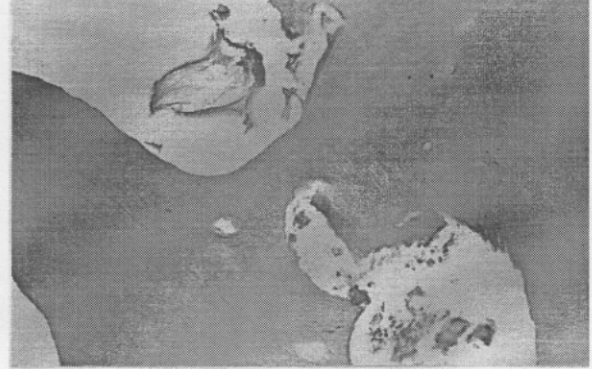
Resim 3. Vaka 1'de eksize edilen lezyonun görüntüsü



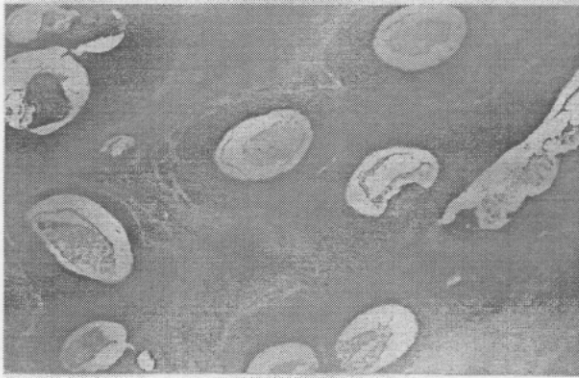
Resim 4. Vaka 1'de eksize edilen lezyonun görüntüsü



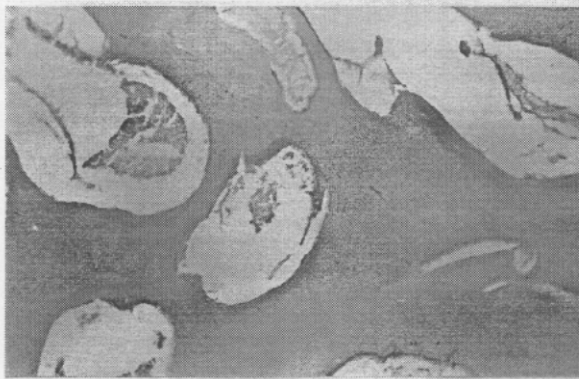
Resim 5. Vaka 1'in histolojik görünümü, dentin ve enamel organ artıkları izlenmekte (x 25, H.E boyama)



Resim 8. Vaka 1'in histolojik görünümü, dentin ve enamel organ artıkları izlenmekte (x 100, H.E boyama)



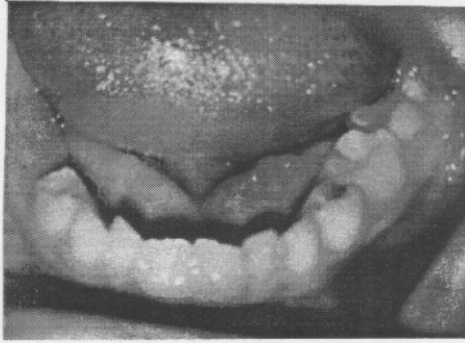
Resim 6. Vaka 1'in histolojik görünümü, dentin ve enamel organ artıkları izlenmekte (x 100, H.E boyama)



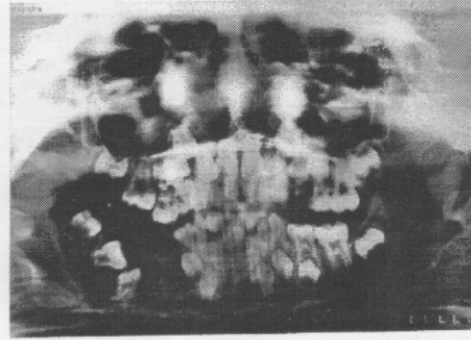
Resim 7. Vaka 1'in histolojik görünümü, dentin ve enamel organ artıkları izlenmekte (x 100, H.E boyama)

## VAKA 2

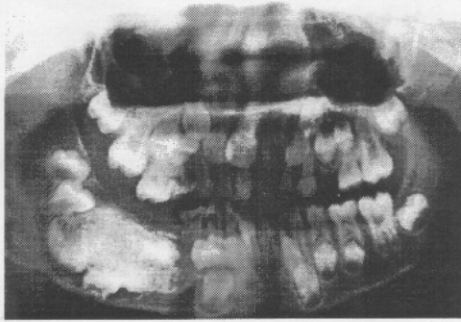
G.Ü.Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine 1999 yılında sağ mandibular bölgede yüzünde ağrısız şişlik şikayeti ile başvuran 7 yaşındaki erkek hastanın yapılan klinik muayenesinde; intraoral olarak sağ IV nolu dişin distalinden başlayarak retromolar bölgeye uzanan ve hafif miktarda bilateral ekspansiyon izlenmiştir (Resim 9). Lezyon üzerini örten mukozaya ise intakt ve normal görünümde tespit edilmiştir. Ekstraoral muayenede ise sağ mandibula bölgesinde hafif bir asimetri izlenmiştir. Radyografik muayeneleri sonucunda; alınan panoramik grafilerde, sağ mandibula angulus bölgesinde 3x2 cm boyutlarında dens radyopak görünümde ve çevresi radyolüsent sınırlarla çevrili kitle tespit edilmiştir (Resim 10). Sağ V nolu diş mandibula inferior kenarına, 6 ve 7 nolu dişler ise distale konumlanmıştır. Hasta histopatolojik olarak ön tanının doğrulanması amacı ile biyopsiye hazırlanmış, yapılan insizyonel biyopsi sonuçları G.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'ndan CO olarak bildirilmiştir. Hasta lokal anestezi altında intraoral yaklaşımla opere edilmiş, tümör tamamen eksize edilmiş (Resim 11) V nolu diş ve 6,7, nolu dişlerin germeleri ise hastanın yaşı ve büyüme potansiyeli göz önünde bulundurularak bırakılmıştır. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucunda da tanı ilk biyopsi sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Yara bölgesi komplikasyonsuz olarak iyileşmiştir. Hasta aylık rutin rutin kontroller altına alınmıştır. 9 ay kontrollerinde alınan panoramik grafisinde defektin normal olarak iyileştiği, diş germlerinde ise sürme atılımı gözlenmiştir (Resim 12).



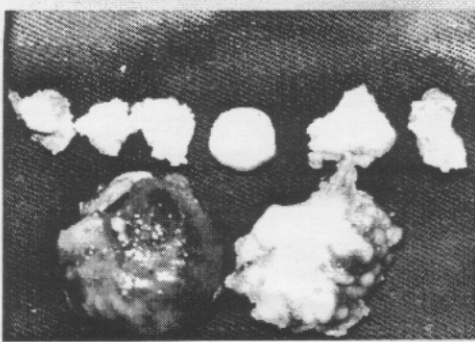
Resim 9. Vaka 2'nin preoperatif ağız içi görünümü.



Resim 12. Vaka 2'nin postoperatif 9.ay görünümü.



Resim 10. Vaka 2'nin preoperatif panoramik radyografik görünümü.



Resim 11. Vaka 2'nin eksize edilen lezyonun görünümü.

### TARTIŞMA

Odontomalar tüm odontojenik tümörlerin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadırlar. Ancak çeşitli çalışmacıların yaş, lokalizasyon cinsiyet ile ilgili verdikleri değerler arasında farklılıklar göze çarpmaktadır.

Bhaskar,<sup>1</sup> odontomaların odontojenik tümörler içinde görülme sıklığını % 22 olarak belirlerken, Wood<sup>10</sup> bu oranın % 67 olduğunu savunmaktadır. Piatelli ve arkadaşları<sup>6</sup> yaptıkları çalışmalarında vakaların % 81.9'unu klinik olarak odontoma olarak tespit etmişlerdir. Mosqueda ve arkadaşları<sup>4</sup> ise odontomaların tüm odontojenik tümörler içindeki yüzde dağılımını % 34.6 olarak belirlemişlerdir.

Komplex ve compound odontoma tüm odontomaların bilinen en önemli iki formudur.<sup>1,3,8,10</sup> Compound odontoma kompleks türlerine göre daha sık rastlanan bir form olarak kabul edilmektedir. Bununla ilgili olarak yapılan bir çalışmada görülme sıklığı açısından compound odontomaların % 43.3, kompleks odontomaların ise % 33.5 oranında dağılım izlediği belirlenmiştir.<sup>1,6,7</sup>

Lokalizasyonları itibari ile odontomalardan kompleks formda olanlar her iki çenenin ve çoğunlukla da mandibulanın posteriorunu tutarken compound formda olanlar ise özellikle maksilla anteriorunda konumlanmaktadır.<sup>10</sup> Lokalizasyon açısından yapılan bir başka çalışma sonucunda da maksilla mandibula oranı 1:1.04 olarak tespit edilmiştir. Tanımladığımız iki kompleks odontoma vakasındaki tutulumun da mandibulanın posterior bölgesi oluşu bu ifadelerle uyumlu bulunmaktadır.

Genellikle hayatın ikinci dekadında görüldüğü savunulan odontomaların aslında 3 yaş ile 73 yaş arasında görülebildiğine ilişkin veriler

mevcuttur.<sup>2,3,6,10</sup> Vakalarımızdan birisinin kronolojik yaşının 35 diğerinin ise 7 olduğu gözönünde bulundurulduğunda odontomaların değişik yaş gruplarına etkileyebildiği açıkça ortaya çıkmaktadır. Burada önemli olan konunun vakaların uzun yıllar boyunca semptomsuz kalabilmesi olduğunu düşünmekteyiz. Vakaların çeşitli semptomlara yol açmasına kadar yada rutin tetkiklerde saptanmasına kadar geçen sürenin bu varyasyonu doğurduğuna inanılmaktadır.

Cawson<sup>2</sup> kompleks odontomaların kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü belirtmektedirler. Ancak bizim iki vakamızın da erkek olması bu görüş ile çelişmektedir. Odontomaların tedavilerinde ise lokal eksizyonları önerilmektedir.<sup>1-3,8-10</sup> Bizim klinik olarak yaklaşımımızda bu şekilde gerçekleşmiş olup, vakalara lokal eksizyon uygulanmıştır. Ancak ikinci vakada yaşın küçük olması nedeni ile radyolojik olarak lezyon sınırları dışında kaldığı belirlenen ve sürme potansiyeli olduğu düşünülen birinci daimi molar diş eksizyon sınırları haricinde bırakılmış ve takibe alınmıştır. Birinci vakanın iki yıllık takibinde bölgenin yeni kemikle sorunsuz olarak dolduğu, ikinci vakanın ise 9 aylık kontrollerinde ise komplikasyonsuz bir iyileşme gözlemlendiği ve birinci molar dişin sürmekte olduğu tespit edilmiştir. Vakaların takipleri rutin 6 ay kontrolleri ile devam etmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology. 6 Edition, The CV Mosby Company, St.Louis, Toronto, London 1981.
2. Cawson RA, Langdon JD, Ewerson JW. Surgical pathology of the mouth and Jaws, Butterworth Heinemann Ltd., Oxford, London, Boston, Munich, New Delhi, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto, Wellington, 1996.
3. Malcolm AL, Brightman VJ, Greenberg MS. Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment, 8 Edition, J.B.Lippincott Company, Philadelphia London, Mexico, City New York, St.Louis, Sao Paulo, Sydney, 1987.
4. Mosqueda TA, Ledesma MC, Cabellero SS, Portilla RJ. Odontogenic Tumors in Mexico: A Collaborative Restorsective Study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84(6): 672-675.
5. Owens BM, Schuman NJ, Mincer HN, Tumer JF, Oliver FM. Dental odontomas: A retrospective study of 104 cases. J Clin Pediatr Dent 1997; 21(3): 261-264.
6. Piatelli A, Perfetti G, Carraro A. Complex odontoma as a periapical and interradicular radioopacity in a primary molar. J Endod 1996; 22(10): 561-563.

7. Savitha K, Carippa KA. An effective extraoral approach to the mandible: A technical note, Int J Oral Maxillofac Surg 1998; 27(1): 61-62.

8. Thoma KH, Goldman HM. Oral pathology. 5.Edition, The CV Mosby Company, St. Louis, 1960.

9. Waal I, Kwast WMA. Oral pathology. Quintessence publishing Co. Inc Chicago, London, Berlin, Sao Paulo, Tokyo, Hong Kon, 1988.

10. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral lesions. The CV Mosby Company, St. Louis Toronto, London 1980.