

## Maksillada Periferik Osteoma: Olgu Sunumu

Rıdvan Güler(0000-0003-4750-9798)<sup>α</sup>, Bekir İlyas(0000-0003-3827-5846)<sup>β</sup>

Başvuru Tarihi: 25 Eylül 2019  
Yayına Kabul Tarihi: 23 Mart 2020

*Selcuk Dent J, 2021; 8: 571-575 (Doi: 10.15311/selcukdentj.624642)*

### ÖZ

#### Maksillada Periferik Osteoma: Olgu Sunumu

Osteomalar sıklıkla kraniyofasiyal bölgede ender olarak da maksilla ve mandibula gibi çene kemiklerinde görülen ve yavaş büyüme paternine sahip iyi huylu kitleler olarak bilinmektedir. Maksillofasiyal bölgede en sık görüldüğü yerler paranasal sinüsler ve mandibuladır. Mandibulada oldukça sık görülmelerine rağmen maksillada yerleşimleri daha azdır. Endosteal, periferik ve ekstra iskeletsel(iskelet dışı) olmak üzere toplamda üç tipi mevcuttur. Yavaş büyümeleri sebebiyle maksillofasiyal bölgedeki osteomalar fonksiyonel ve estetik sorunlara neden olacak boyutlara ulaşmayana kadar asemptomatik seyrederler. Bu çalışmada 54 yaşındaki kadın hastada, maksilla posteriorda lokalize olan periferik osteomadan bahsedilmektedir.

### ANAHTAR KELİMELER

Periferik osteoma, Maksilla, Eksizyon

### ABSTRACT

#### Peripheral Osteoma of the Maxilla: A Case Report

Osteomas are commonly seen in the craniofacial region, rarely seen in the jaw bones such as maxilla and mandible, and have benign masses with slow growth pattern. The most common sites in the maxillofacial region are the paranasal sinuses and the mandible. Although they are quite common in the mandible, they are less common in the maxilla. There are three types of osteoma: endosteal, peripheral and extra-skeletal. Because of their slow growth, osteomas in the maxillofacial region are asymptomatic until they do not reach the extent to cause functional and aesthetic problems. In this study, a peripheral osteoma located in the maxillary posterior region of a 54-year-old female patient is mentioned.

### KEYWORDS

Peripheral osteoma, Maxilla, Excision

Periferik osteoma, yavaş büyüme gösteren kompakt ve süngerimsi kemikten oluşan iyi huylu osteojenik tümörler olarak bilinmektedir.<sup>1</sup> Nadiren çene kemiklerinde tutulum gösteren bu patolojiler yavaş büyüme gösterirler. İlk kez 1935 yılında Jaffe tarafından rapor edilmiştir.<sup>2</sup> Osteomalar periferik, santral ve ekstra iskeletsel (yumuşak doku) yerleşimli olarak 3 şekilde sınıflandırılabilir. Santral tipteki osteomalar endosteumdan köken alırken, periferik tip osteomalar periosteumdan köken almaktadır. Periferik osteomalar polipoid veya saplı yapıda olabilirler. Yumuşak doku osteomaları ise genelde kas içinde lokalize olurlar.<sup>3</sup>

Literatürde etyolojisi ve patogenezi konusunda farklı görüşler mevcuttur. Bu kitleleri neoplazi yada gelişimsel bir anomali olarak kabul eden araştırmacılar olmakla beraber bir çok literatür etyolojinin tam olarak bilinmediğini rapor etmiştir.<sup>4</sup> Maksiller sinüs, orbita, temporal, frontal, ethmoid ve pterygoid kemikler periferik osteomaların en çok görüldüğü lokalizasyonlardır.<sup>5</sup> Çenelerde nadir olmakla birlikte mandibulada maksilladan daha fazla gözlenir ve mandibulada da en çok angulusun alt kenarında ve lingual korpusta ortaya çıkar.<sup>6</sup>

Periferik osteoma yavaş büyüme özelliğine sahiptir. Bunun yanında sıklıkla asemptomatik olup büyük boyutlara ulaşınca asimetriye ve estetik problemlere yol açarlar. Her yaş grubunda görülebilen osteomalar sıklıkla 5. dekatta ve kadın hastalarda daha sık

görülmektedir. Genellikle düzgün sınırlı, yuvarlak, oval radyoopasiteler şeklinde olup rutin radyograflarda tesadüfen teşhis edilirler. Histopatolojilerinde osteomalar, lameller kemik trabekülüne benzer görüntü vermektedir.<sup>7</sup> Osteomalar bazen Gardner Sendromu ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı osteoma teşhisi konulan hastaların Gardner Sendromu açısından değerlendirilmesi önemlidir.

Periferik osteomaların tedavi yaklaşımı sıklıkla cerrahi eksizyondur. Patolojik kitle büyük hacimlere ulaştığında estetik ve fonksiyonel sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu durumda kitle sağlıklı kortikal kemikten tam olarak eksize edilmesi gerekmektedir. Kitlenin tümüyle eksizyonu nüks açısından önemlidir.

Bu olgu raporunda maksillada lokalizasyon gösteren periferik osteomanın teşhis ve tedavisi sunulmaktadır.

### OLGU SUNUMU

54 yaşında kadın hasta, 5 yıldır sol maksilla posterior bölgedeki mevcut olan ve yavaşça büyüme gösteren ağrısız kitle şikâyeti ile ağız diş ve çene cerrahisi kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde kitlenin son 1 senedir büyük boyutlara ulaştığından konuşma ve çiğneme fonksiyonlarında kısıtlılığına neden olduğu öğrenildi. Hasta sistemik olarak sağlık olup düzenli

<sup>α</sup> Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

<sup>β</sup> Serbest Diş Hekimi Diyarbakır, Türkiye

kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. Çeneyle ait travma ve enfeksiyon öyküsü olmayan hastanın yapılan klinik muayenesinde, sol üst çene posterior bölgede, molar dişlerin vestibülünde sınırları belirgin sert konsistanlı 2.0 x 1.7 cm boyutlarında ağrısız kitle palpe edildi. (Şekil 1) Kitle üzerindeki mukozaya sağlıklı olup herhangi bir ülserasyon görülmemiştir. Ekstraoral muayenede asimetri görülmedi.



Şekil 1.

Kitlenin preoperatif görünümü

Hastadan alınan panoramik grafide, sol maksilla posteriorında sınırları belirgin 27 numaralı dişin apikaline süperpoze olmuş radyopak kitle görüldü. (Şekil 2)



Şekil 2.

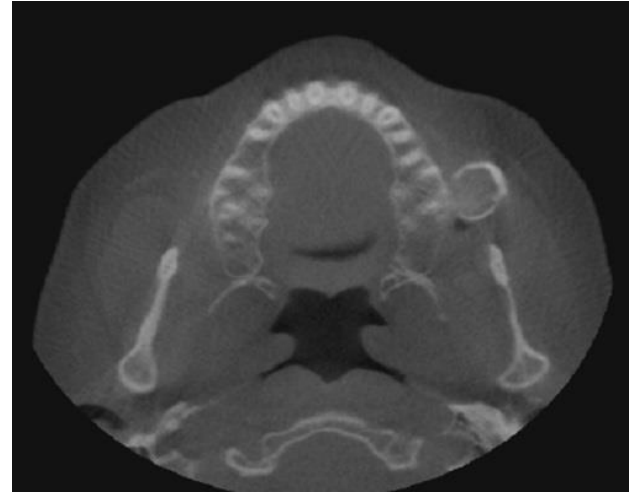
Preoperatif panoramik grafi

Kitle sınırlarının ve komşu anatomik yapıları ile ilişkisinin detaylı incelenmesi amacıyla hastadan konik ışınli bilgisayarlı tomografi (CBCT) alındı. Tomografik kesitlerde sol maksilla posterior bölgede sınırları düzenli, saplı, homojen dansite gösteren radyopak kitle izlenmiştir. (Şekil 3,4,5)



Şekil 3.

Olguya ait kitlenin preoperatif üç boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Şekil 4.

Olguya ait kitlenin preoperatif üç boyutlu bilgisayarlı tomografideki transvers kesit görüntüsü



Şekil 5.

Olguya ait kitlenin preoperatif üç boyutlu bilgisayarlı tomografideki koronal kesit görüntüsü

Klinik ve radyolojik muayene sonucunda kitleye periferik osteoma ön tanısı konuldu. Lokal anestezi altında operasyon planlanarak ameliyata alındı. Lokal anestezi (Ultracain D-S forte ampul 2ml) yapıldıktan sonra submarjinal insizyonla kitleye ulaşıldı. (Şekil 6)



Şekil 6.

İntraoperatif periferik osteomanın görünümü

Osteotomlar yardımıyla lezyon eksize edildi. Eksizyondan sonra bölgedeki düzensiz kemik yüzeyleri frez ve kemik eğesi ile temizlenerek normal sağlıklı kortikal kemiğe ulaşıldı. (Şekil 7)



Şekil 7.

Kitlenin eksizyonu sonrası olgunun intraoral görüntüsü

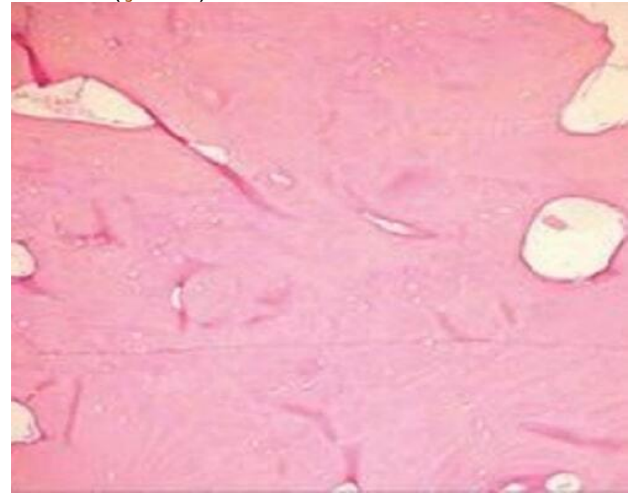
Flep yara bölgesine göre uyumlandırılıp 3/0 ipek süturler ile primer kapatıldı. Hastaya postoperatif antibiyotik, analjezik ve ağız gargarası reçete edildi. Hastanın 1. hafta kontrolünde iyileşmede bir problem gözlenmedi. Lezyon makroskobik olarak lobüler tarzda ve kemik sertliğindeydi. Çıkarılan kitle histopatolojik inceleme için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na gönderildi. (Şekil 8)



Şekil 8.

Eksize edilen kitlenin görünümü

Histopatolojik inceleme sonucunda normosellüler kemik iliği içeren düzensiz lamellere sahip mature kemik dokusundan oluşan periferik osteoma tanısı konuldu. (Şekil 9)



Şekil 9.

Periferik osteomaya ait histopatolojik kesit görüntüsü (H&E; 40)

Hastanın yapılan 1. Ay kontrolünde ilgili bölgede iyileşmede problem ve nükse rastlanılmadı. (Şekil 10)



Şekil 10.

Postoperatif intraoral görünüm (1. ay)

## TARTIŞMA

Osteomlar kemik yapıdan köken alan ve yavaş büyüme paternine sahip iyi sınırlı benign tümoral oluşumlardır.<sup>1</sup> Osteomların lokalize olduğu bölgeye göre santral, periferik ve iskelet dışı (ekstra iskeletsel) olmak üzere üç tipi mevcuttur. Periferik osteomalar genellikle frontal kemik, ethmoid kemik ve maksiller sinüslerde görülür. Bunlar dışında dış kulak yolu, orbita, temporal kemik, pterygoid proses ve nadiren de olsa çene kemiklerinde görüldüğü rapor edilmiştir.<sup>8</sup> Çene kemiklerinde ortaya çıkan periferik osteoma sık rastlanmayan bir durumdur. Çene kemiklerinde sıklıkla mandibulada görülmektedir.<sup>9</sup> Kaplan ve arkadaşları<sup>9</sup>, rapor ettikleri bir çalışmada 30 yıllık literatür incelemesinde sadece 16 tane olgu raporuna rastlamışlardır. Ve bu olgulardan 15 tanesi mandibulada lokalize iken sadece bir tanesinin maksillada lokalize olduğunu bildirmişlerdir. Biz bu vaka raporumuzda maksillada nadir olarak ortaya çıkan periferik osteoma olgusu sunduk.

Etiyopatogenezleri halen kesin bilinmemekle beraber gerçek neoplazm veya reaktif lezyonlar olduğu düşünülmektedir.<sup>10</sup> Bunların dışında travma, enfeksiyon ve subperiosteal kanama periferik osteomaların oluşmasındaki diğer etiyolojik sebeplerdir. Bizim olgumuza hastada herhangi bir travma veya enfeksiyon bulgusuna rastlanılmamıştır.

Her yaş grubunda görülebilen osteomaların sıklıkla 5. dekatta ve kadın hastalarda daha sık görülmektedir. Schneider<sup>10</sup> ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada sıklıkla 16 ile 74 yaş aralığında görüldüğünü ve kadın erkek oranı 3:1 olarak rapor etmişlerdir. Sayan ve arkadaşlarının<sup>4</sup> rapor ettikleri başka bir çalışmada kadın erkek oranını 1.9:1 ve yaş aralığı ise 14 ile 58 ortalama 29.4 olarak saptamışlardır. Bizim hastamızın da 54 yaşında kadın hasta olması literatürü destekler nitelikteydi.

Periferik osteoma tanısı olan hastalar mutlaka Gardner Sendromu açısından da değerlendirilmelidir. Bu sendromun, maligniteye dönüşüm eğilimi yüksek olup adenomatöz kolorektal polipozis, kafatası-yüz iskeletinde çok sayıda osteomalar ve birden fazla supernumerer dişler ile karakterizedir. Kafa kemiklerinde periferik veya endosteal osteomalara daha çok rastlanılır.<sup>11</sup> Hastamızda bu yönde yaptığımız muayenede sendrom belirtilerine rastlanmamıştır. Literatür incelemelerinde de çene kemiklerinde lokalize Gardner Sendromuyla ilişkili olmayan bir çok periferik osteoma vakası rapor edilmiştir.

Periferik osteomlar fonksiyonel kısıtlılığa ve yüzde asimetriye neden olabilecek kadar büyüebilirler. Klinik olarak bu patolojiler genellikle tek taraflı, iyi sınırlı, saplı ve mantar görünümünde kitleler olup, boyutları 10-40 mm arasında değişkenlik göstermektedir.<sup>12</sup> Sunduğumuz bu vakadaki kitlede tek taraflı, iyi sınırlı, saplı bir lezyon olup boyutu 2.0 x 1.7 cm idi. Osteomalar sıklıkla asemptomatik olduklarından rutin radyografik incelemelerde tesadüfen saptanırlar. Küçük

boyutlardaki lezyonlarda panoramik ve oklüzal radyografiler yeterli olurken, kitle boyutunun büyük olduğu durumlarda konik ışınli bilgisayarlı tomografi gibi ileri radyolojik tetkiklerin kullanılması patolojinin lokalizasyonunu ve komşu anatomik yapılarla olan ilişkisini net olarak gösterdiğinden ön tanıda oldukça yarar sağlamaktadır. Hastamızda kitlenin büyük hacimde olmasından dolayı radyolojik muayenede öncelikli olarak panoramik grafiden daha sonra bilgisayarlı tomografiden yararlanılmıştır. Periferik osteomlar radyolojik muayenede geniş bir sap ile kemiğe yapışık, yuvarlak ya da oval, homojen, iyi sınırlı radyopak kitle şeklinde görüntü vermektedir.

Periferik osteomanın ayırıcı tanısında, osteoid osteoma, periferik osteoblastoma, myositis ossifikans, kompleks odontom, periferik ossifiye fibroma, ekzostozlar, paraosteal osteosarkoma ve geniş kaideli osteokondroma göz önünde tutulmalıdır.<sup>13</sup> Ekzostozlar puberte sonrası büyümeleri durduğundan dolayı periferik osteomlardan ayırt edilmelidir. Santral ossifiye fibrom çevresini sınırlayan radyolüsent çizgiyle, osteoblastom ve osteoid osteoblastom ise ağırlı olmaları ve osteomlara göre daha hızlı büyüme göstermelerıyla, kompleks odontoma ise kemikten daha radyopak radyografik görüntüsüyle periferik osteomlardan ayırt edilmelidir.<sup>4</sup>

Histopatolojilerinde, fibroseluler kemik iliği ve osteoblast hücreler içeren trabeküler kemiğe benzer yapılar görülmektedir.

Maksillada periferik osteomun esas tedavisi eksizyonel cerrahidir. Periferik osteomaların tedavisi lokalizasyonlarına göre intraoral veya ekstraoral yaklaşım şeklinde farklılık gösterebilmektedir. Ekstraoral cerrahi yaklaşım ile tedavilerde daha geniş bir görüş alanı olmaktadır. Fakat bu yaklaşımda skar dokusu oluşumu en çok görülen komplikasyonlar arasındadır. Bunun dışında n.facialis ve a.v.facialis gibi anatomik yapıların zarar görmesi bu cerrahi yaklaşımın diğer komplikasyonları arasında sayılabilir. Cerrahi sırasında konservatif olunmalı, hiçbir komşu yapıya zarar vermeden sadece osteom çıkarılmalıdır. Yapılan literatür incelemelerinde periferik osteomaya ait rapor edilmiş hiçbir malign transformasyon görülmemiştir. Bunun yanında cerrahi eksizyondan 9 yıl sonra meydana gelen nüksler literatürde rapor edilmiştir.<sup>14</sup> Bu sebeple periferik osteomanın cerrahi eksizyonundan sonra uzun dönem klinik ve radyolojik takibi gerekmektedir. Sonuç olarak, periferik osteomlar nadiren çene kemiklerinde görülmektedir. Bu patolojilerin büyümeleri sonucu estetik ve fonksiyonel bozukluklar yaratması halinde cerrahi olarak eksizyonları gerekir.

**KAYNAKLAR**

1. Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: A study of 14 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:E139-42.
2. Jaffe HL. Beningn Osteoblastoma. *Bull Hosp Joint Dis* 1956; 17: 141-51.
3. Junquera GL, Lopez AJS, Albertos CJM, De Vicente RJC. Odontogenic tumors: Classification, clinical features, diagnosis and treatment. *Med Oral* 1997; 2: 94-101.
4. Sayan NB, Ucok C, Karasu HA, Gunhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 1299-301.
5. Larrea-Oyarbide N, Valmaseda-Castellen E, Berini-Aytes L, Gay- Escoda C. Osteomas of the craniofacial region. Review of 106 cases. *J Oral Pathol Med* 2008, 37: 38-42.
6. Longo F, Califano L, De Maria G, Ciccarelli R. Solitary osteoma of the mandibular ramus: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:698-700.
7. Atılğan SS, Yaman F, Yılmaz UN, Erol B. Submandibular bölgedeki radyo-opak kitle (Periferik Osteoma): Olgu sunumu Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2 2006
8. Cutilli BJ, Quinn PD. Traumatik olarak induced periferik osteoma: Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 667.
9. Kaplan I, Calderon S, Buchner A. A periferik osteoma of the mandible: A study of 10 new case and analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 467-70.
10. Schneider LC, Dolinsky HB, Grodjesk JE. Solitary Periferik Osteoma of the Jaws: Report of Case and Review of Literature. *J Oral Surg* 1980; 38: 452-5.
11. Tuncer M, Aktaş A, Bayramov İ, Usubütün A. Mandibulada Sık Rastlanmayan Periferik Osteoma. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi Cilt: 31, Sayı: 4, Sayfa: 47-51, 2007*
12. Kerckhaert A, Wolvius E, van der Wal K, Oosterhuis JW. A Giant Osteoma of the Mandible: Case Report. *J Craniomaxillofac Surg* 2005; 33: 282-5.
13. Ogbureke KUE, Nashed MN, Ayoub AF. Huge Periferik Osteoma of the Mandible: a Case Report and Review of the Literature. *Pathol Res Pract* 2007; 203: 185-8.
14. Bosshardt L, Gordon RC, Westerberg M, Morgan A. Recurrent Periferik Osteoma of Mandible: Report of Case. *J Oral Surg* 1971; 29: 446-50.

Yazışma Adresi:

Rıdvan GÜLER  
Dicle Üniversitesi,  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD,  
Diyarbakır, Türkiye  
Tel : +90 534 764 49 21  
E-Posta: ridvanguler06@gmail.com