

## OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

# Mandibular sementifying fibroma: olgu sunumu

G. Keskin, H. Ağır, S. Keskin, E. Üstündağ, Y. Gürbüz

### Mandibular cementifying fibroma: a case report

Cementifying fibroma is benign tumor that arises from the periodontal ligament. In this article, a case of cementifying fibroma resected with a marginal mandibulectomy is presented. Surgical defect was repaired with cancellous bone grafts harvested from the iliac bone. The resection and reconstruction techniques were discussed.

**Key Words:** Cementifying fibroma, cancellous bone, reconstruction, mandibular resection.

Türk Arch Otolaryngol, 2007; 45(2): 100-104

### Özet

Sementifying fibroma periodontal ligamandan derivate olan benign bir tümördür. Bu makalede sementifying fibroma tanısı alan ve marginal mandibulotomi ile kitlesi çıkarılan hasta sunuldu. Oluşan defekt iliak kemikten alınan kansellöz kemik greftlerle onarıldı. Ayrıca bu makalede sementifying fibromalı hastalarda mandibulektomi seçimi ve rekonstrüksiyon özellikleri tartışıldı.

**Anahtar Sözcükler:** Sementifying fibroma, kansellöz kemik, rekonstrüksiyon, mandibula rezeksiyonu.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2007; 45(2): 100-104

### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1992'de ossifying fibroma ve sementifying fibromayı, sementoossifying fibroma olarak tek bir grup adı altında birleştirmiştir. Bu tümör, kemik ve sementuma benzer mineralize materyalin çeşitli miktarda içerdiği fibröz dokudan oluşan kapsüllü ve sınırlı bir yapıdır.<sup>1</sup>

Sementifying ve ossifying fibromalar periodontal ligamandan gelişen olan fibroosseöz tümör benzeri lezyonların grubu altında klasifiye edilen benign klinik bir antitedir. Genellikle genç kadınları etkilemektedir. Yerleşim yeri olarak mandibulanın molar ve biküspit alanlarında lokalizedir. Anterior bölgede yerleşimi nadir görülür. Bu lezyon genelde kortikal kemik ekspansiyonu ve kitle etkisi ile çevre dokularda yer değiştirme etkisi yapar. Klinik ve radyolojik tetkiklerde rutin saptanır. Tanı radyolojik, klinik ve histolojik bulgularla konur.<sup>1-3</sup> Bu makalede, sementifying fibroma tanısı almış genç bir hastaya yapmış olduğumuz mandibulektomi seçimi ve rekonstrüksiyonu özelliği açısından sunulmuştur.

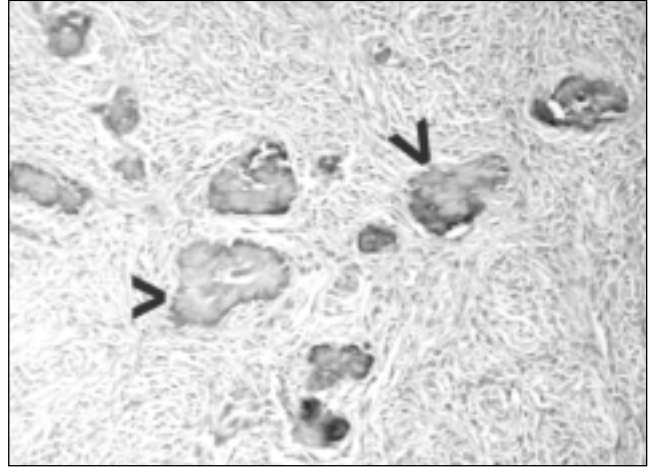
Dr. Gürkan Keskin, Dr. Sinem Keskin, Dr. Emre Üstündağ  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli  
Dr. Hakan Ağır  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli  
Dr. Yeşim Gürbüz  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

## Olgu Sunumu

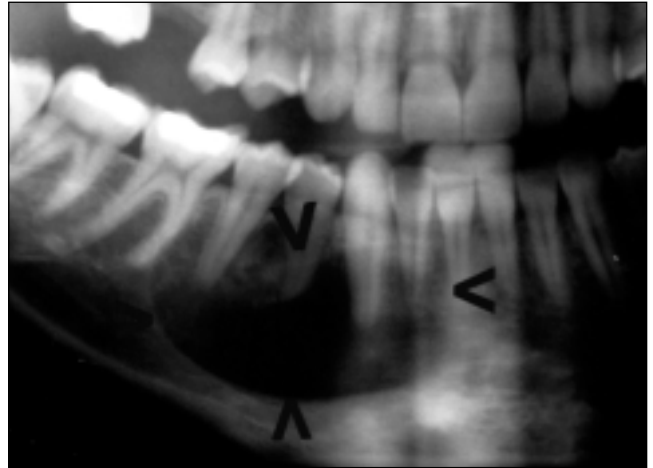
22 yaşında bayan hastanın, 6 ay önce başlayan ve gittikçe büyüyen sağ alt çenedeki şişlik şikayetine, son 2 ay içerisinde sağ alt çenede başlayan ağrı ve sağ dudak yarısında uyuşma şikayeti eklenmiş. Hastanın yapılan muayenesinde, sağ alt çenede insisiv dişten başlayan ve 1. molar dişe kadar uzanım gösteren kitle tespit edildi. Yapılan İİAB'inde yetersiz materyal gelmesi üzerine insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu sementifying fibroma olarak geldi (Resim 1). Hastanın panoramik grafisinde mandibula sağ tarafında düzgün konturlu defekt gözlemlendi (Resim 2). BT sonucu, mandibula sağ korpusunda iç ve dış korteksi erode eden yaklaşık 4x3 cm'lik soliter kitle olarak rapor edildi (Resim 3). Bu bulgular üzerine marjinal mandibulotomi operasyonu planlandı. Genel anestezi altında gingiva labial oluğa paralel insizyon yapıp, periost elevasyonu ile mandibula dış ve iç korteksini erode etmiş tümör ekspozite edildi. Tümörün mental sinire kadar gelmiş fakat infiltrate etmemiş olduğu gözlemlendi. İnsisiv dişten ve 1. molar dişi içine alacak şekilde marjinal mandibulotomi yapılarak tümör çıkartıldı. Operasyona iliak bölgeden alınan kansellöz kemik greftle mandibuladaki yaklaşık 4x4 cm'lik defekt onarıldı. Miniplak vidayla greft mandibula üzerine fikse edildi. Gingival mukoza ağız tabanı mukozasına sütüre edilerek greftin üstü örtülerek operasyon sonlandırıldı (Resim 4-8). Postoperatif 4. ayında plak, vidalar çıkartıldı. Operasyonu takiben hematoma gelişmesi üzerine sedasyon altında drene edildi. Bir ay arayla 2 kez iliak grefte gelişen kısmi nekroz küret ile debride edildi. Gönderilen materyalin patolojik incelemesinde tümöre rastlanmadı. Hastanın yapılan 18 aylık gözlem süresince ağız içerisi düzgün epitelize oldu ve nüks saptanmadı.

## Tartışma

Fibroosseöz lezyonlara baş boyun bölgesinde en sık maksilla ve mandibulada rastlanır.<sup>2</sup> Sementifying fibroma periodontal ligamandan gelişen olan fibroosseöz lezyonlar içerisinde sınıflandırılır. Dişleri saran periodontal ligaman içerisindeki mezenkimal blast çevresinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu blast hücre-



**Resim 1.** Histopatolojik kesitlerin incelenmesinde tümör paratipik özellikte fusiform hücrelerden oluşmakta olup yer yer yoğun olarak yuvarlak, bazıları birbiri ile bağlantılı psammoma benzeri sement benzeri kitleler (oklar) içermektedir.



**Resim 2.** Panoramik grafide mandibuladaki defekt gözlenmekte (oklar).

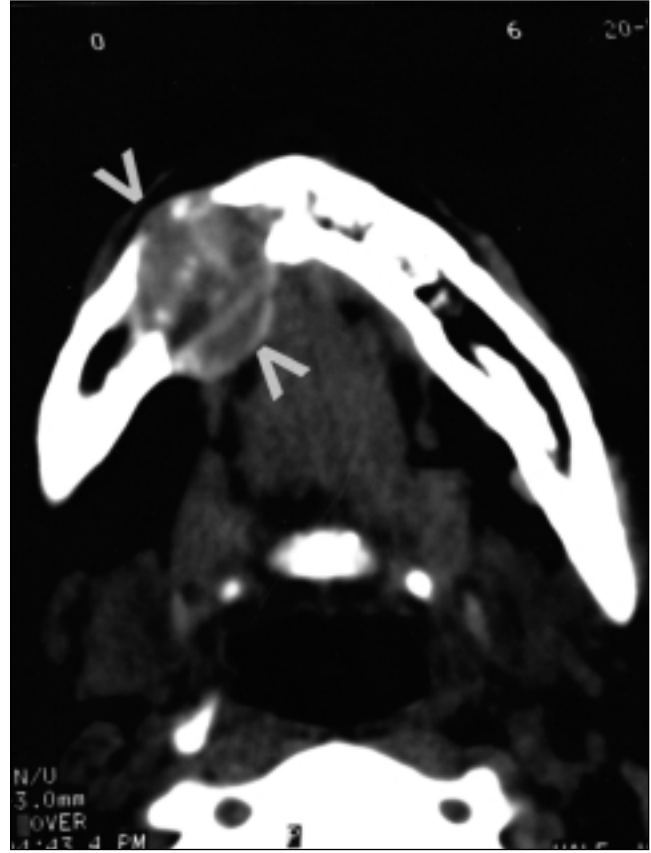
ler sementum, fibröz doku ve lameller kemikten meydana gelen tümör dokusunu meydana getirirler.<sup>2</sup> Bu lezyonlar histolojik olarak değişik oranlarda kalsifiye materyaller içeren fibröz stromadan oluşur. 1971 yılında WHO sınıflamasında sementum üreten bu periodontal ligaman lamellerini dört ana gruba ayırdı; benign sementoblastoma, sementifying fibroma, periapikal semental displazi ve gigantiform sementoma.<sup>4,6</sup> Periodontal ligamandan çıkan bu tümörler genellikle bayanlarda görülür ve 3-4. dekatta sıklıkla rastlanır. Bu tümörün

etiolojisi bilinmemekle birlikte travmayı takiben gelişen dokudaki reaktif değişikliklerin veya konjenital bazı faktörlerin sebep olduğu öne sürülmüştür.<sup>7</sup> Sementifying fibroma, gigantiform sementoma ve periapikal sementa displazi gibi periodontal ligaman kaynaklı patolojiler nadiren şişlik dışında semptom vermezler ve genelde çekilen grafilerde tesadüfen tespit edilirler.<sup>3</sup>

Mandibuladaki lezyonların preoperatif olarak teşhisi genellikle radyolojik ve klinik veriler ile yapılır. Fakat bazen klinik ve radyolojik bulgular yeterli olmayabilir. Birçok antite sementifying fibromanın klinik ve radyolojik bulgularını taklit edebilir. Sementifying fibroma genellikle mandibulayı tutan 1-2 cm çapında lezyondur ve çoğu zaman radyopak olarak tesadüfen panoramik mandibula grafilerinde rastlanır. Radyolojik bulgular kitlenin gelişme aşamasına ya da yaşına göre değişiklik gösterir. Erken safhada iyi sınır veren radyolüsent bir görünüm vardır ve opasite olmaması ile kistleri taklit edebilir. Daha sonra kalsifikasyona bağlı depozitlerin gelişimi ile çevresi radyolüsent alanlarla çevrili iyi sınırlı radyopak bölgeleri olan lezyona dönüşür. İşte bu değişken radyolojik bulgulara bağlı olarak radyolojik ayırıcı tanıdaki zorluklardan dolayı biyopsi kesin tanı için gereklidir. Radyolojik olarak radyolüsent ve radyopak görünümün birlikte bulunabildiği ve sementifying fibroma ile karıştırılabilecek lezyonlar ossifying fibroma, sementoma, miksom, kalsifiye kistler, adenomatoid odontojenik tümör, kalsifiye epitelial odontojenik tümör, osteoblastoma, osteojenik sarkoma ve Paget hastalığıdır.<sup>8,9</sup>

Sementifying fibroma, fibröz stroma içerisinde sementumda fibroblast içeren neoplazmdır. Sellüler atipi olmaması malign lezyonları ekarte ettirir. Ayrıca epitelial karakter içermemesi ile karışabilecek epitelial lezyonları ayırıcı tanıda dışlayabiliriz. Sonuç olarak bazofilik psammoma cisimciklerine benzer sferüllerin saptanması, mandibulanın benign bir fibroosseöz lezyonu tanısına yaklaştırır. Aspirasyon sitolojisi %82 olarak tanıda başarılı olsa da, mandibulada ekstansif bir cerrahi yapılabileceğinden açık biyopsi ile tanının konulması daha mantıklı olacaktır.<sup>8</sup>

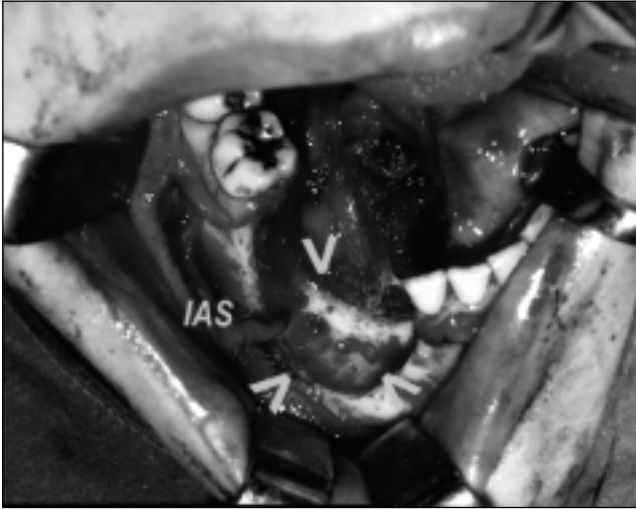
Çenedeki kitlelerin preoperatif olarak histopatolojik tanısının bilinmesi tedavinin planlanması için önemli-



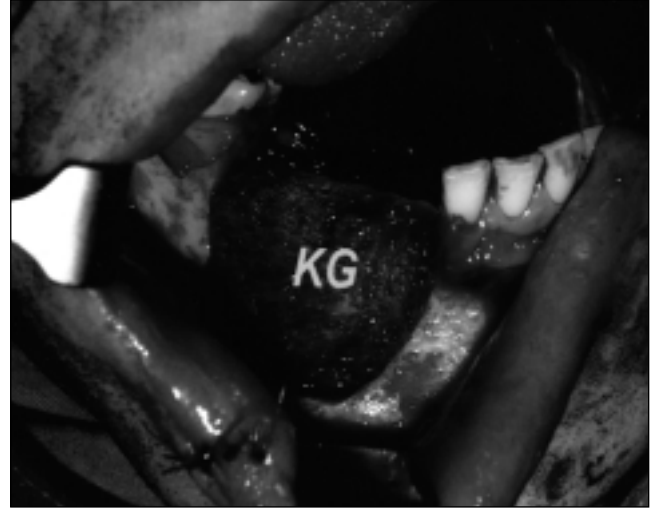
Resim 3. BT'de iç ve dış kortekste defekt ve kitle gözlenmekte (oklar).



Resim 4. Operasyon esnasında tümör mandibula korteksini erode etmiş (oklar). IAN; inferior alveoler sinir.



**Resim 5.** Tümör eksizye edildikten sonra oluşan defekt (oklar). IAS: inferior alveoler sinir.



**Resim 6.** Defekt kansellöz kemik greft (KG) ile doldurulmuş.

dir. Kitlenin benign veya malign karakterde olması ve özelliklerine bağlı olarak mandibulada basitten komplikeye doğru sıralayacak olursak marjinal rezeksiyondan, segmenter rezeksiyona ve hatta hemimandibulektomiye varan rezeksiyonlar seçilebilir. Vakamızda biyopsi ile sementifying fibroma teşhis edildikten sonra, cerrahi olarak sınırları ile komple çıkarılması yani marjinal mandibulektomi seçilen tedavi şekli olmuştur. Fonksiyonel açıdan oluşan defektin onarımında seçilecek yöntem hastanın yaşına, mandibuladaki defektif bölgenin

işlevine, defektin boyutuna ve daha sonra defekt bölgesine diş implantasyonun gerekliliğine göre değişiklik gösterir. Mandibuladaki defektin boyutuna göre vaskülarize kemik greftleri (free fibüler greft, free iliak greft, free forearm kemik greft, free skapüler kemik greft) veya non-vaskülarize kemik greftleri (iliak ya da başka bölgelerden alınabilen kortikokansellöz blok greft veya kansellöz kemik grefti) kullanılabilir. Biz vakamızda hastanın yaşının genç olması, oluşan defektin kozmetik bir deformite yaratmaması (marjinal mandibulektomi),



**Resim 7.** Kansellöz kemik plak vida sistemi ile mandibulaya sabitlenmiş.



**Resim 8.** Eksizye edilmiş tümör.

defektin küçük olması ve daha sonra osteointegre dental implantların yerleştirilmesine olanak sağlaması için iliak kemikten alınan kansellöz kemik bloklarını defektin onarımı ve alveoler çıkıntının yeniden restorasyonu için kullandık. Vasküler greftler genellikle daha önceden radyoterapi görmüş vakalarda, geniş defektlerde, kozmetik deformitenin fazla olduğu vakalarda ve defekt alanına yumuşak doku getirmek istediğimiz vakalarda seçilmelidir.<sup>6</sup> Küçük defektlerde (5-9 cm'den küçük) ve sadece alveoler çıkıntının rekonstrüksiyonunun gerekli olduğu vakalarda non-vaskülerize kemik greftler (kortikal, kortikokansellöz veya kansellöz kemik) kullanılabilir.<sup>9,10</sup> Bizim vakamızda marjinal mandibulektomi sonrası inferior alveoler mandibula kenarının intakt ve devamlılığının olması nedeniyle non-vaskülerize kemik tercih ettik. Donör alandaki morbiditeyi daha az tutmak için iliak kemiğin kortikal kısmı intakt bırakılarak içerisindeki kansellöz kemikten parçalar alarak periostun devamlılığını koruduk. Marjinal mandibulektomi yapılan yaşlı hastalarda bu girişim yapılmadan mandibula fraktürlerini önlemek ve kuvvetlendirmek için mandibulaya plak konularak defektin mukoza ile kapatılması yeterlidir. Bu girişimin sonucu olarak defekt daha sonra protetik yöntemlerle onarılabilir. Bu, genç ve sağlıklı diş yapısına sahip hastalarda istenen durum değildir. Alveoler arkın otojenöz greftlerle yeniden restore edilmesini takiben çoğu zaman dördüncü ayda osteointegre implantlar yerleştirilebilir.<sup>11</sup>

Sonuç olarak, benign periodontal ligaman kaynaklı fibroosseöz lezyonlar nedeni ile marjinal mandibulektomi yapılan genç hastalarda, mandibuladaki küçük de-

fektleri restore etmek için, morbiditesi daha düşük olabilecek non-vaskülerize greftler bazı seçilmiş olgularda vasküler greftlerin yerine tercih edilebilir.

#### Kaynaklar

1. Sakuma T, Kawasaki T, Watanabe K. Concurrent cementifying and ossifying fibromas of the mandible: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 778-82.
2. Kini U, Hasan S, Dutt S, Nalinesha KM, Shariff S, Prasad D. Cementifying fibroma of the frontoethmoid complex. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: S108-11.
3. Remagen JP, Uehlinger BS. Cementifying fibromas. In: Remagen JP, Uehlinger BS, editors. Atlas of tumors of the facial skeleton. 1st ed. Berlin: Springer-Verlag; 1986. p. 37-43.
4. Molinari SP, Di Rocco A, Merchant C, Sen CN, Wolfe D, Yahr MD. An unusual sphenoid ridge tumor: cementifying fibroma. *J Neurol* 1996; 243: 103-4.
5. 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 Sur Oral Patbol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 540-9.
6. Shpitzer T, Neligan PC, Gullane PJ, et al. Oromandibular reconstruction with the fibular free flap. Analysis of 50 consecutive flaps. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 939-44.
7. Alandez J, Herrera JI, Sanz M, Carasol M. Mandibular cementifying fibroma in relation to a large periodontal bone defect. Report of a case. *J Periodontol* 1995; 66: 291-4.
8. Günhan Ö, Demirel D, Şengün O, Celasun B, Finci R. Cementifying fibroma diagnosed by fine needle aspiration cytology. A case report. *Acta Cytol* 1992; 36: 98-100.
9. Enemark H, Jensen J, Bosch C. Mandibular bone graft material for reconstruction of alveolar cleft defects: long-term results. *Cleft Palate Craniofac J* 2001; 38: 155-63.
10. Pogrel MA, Podlesh S, Anthony JP, Alexander J. A comparison of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55: 1200-6.
11. Fukuda M, Takahashi T, Yamaguchi T, Kochi S. Placement of endosteal implants combined with chin bone onlay graft for dental reconstruction in patients with grafted alveolar clefts. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27: 440-4.

#### Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

#### İletişim Adresi: Dr. Gürkan Keskin

Miifti Saner Cad. Özgünkent Sok. No 52/B  
D.Dere 41950 Kocaeli  
Tel: +90 532 366 85 68  
e-posta: gurkankeskin@yahoo.com