

# Kompleks kompozit odontoma: düz radyografi ve BT bulguları

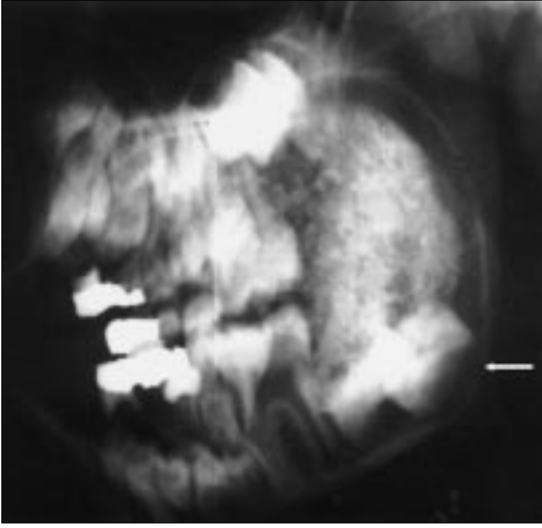
Hasan Yerli, Öznur Leman Konuş, Mehmet Araç, Derya Çiçek

H. Yerli (E), Ö. L. Konuş, M. Araç, D. Çiçek  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı,  
Ankara

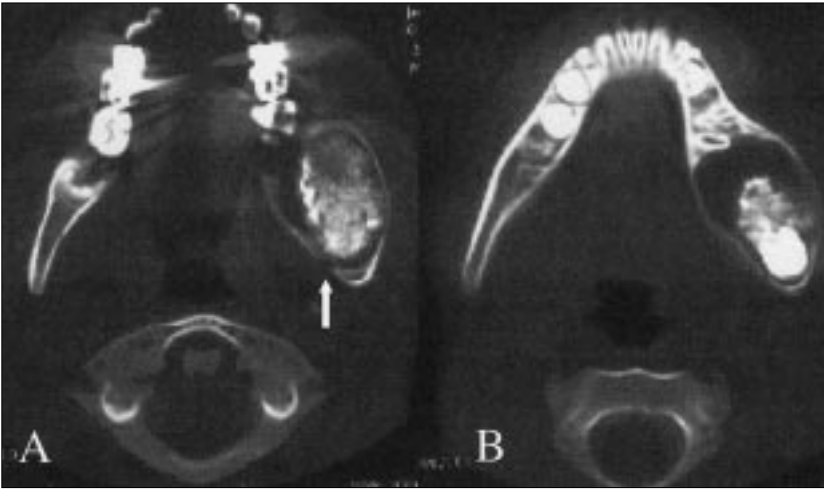
**K**ompleks kompozit odontoma (KKO), nadir görülen benign odontojenik tümörlerdendir. Genellikle çenede radyolojik inceleme sırasında tesadüfen saptanırlar (1,2). Hastalar çenede ağrı ve şişlik yakınmalarıyla da gelebilirler (2). Direkt radyografide, periferinde radyolüsen bir bölge, santralinde radyodens amorf kitlenin izlendiği iyi sınırlı lezyon olarak karşımıza çıkarlar (1,3,4). Kompleks kompozit odontoma, yapısında tüm dental dokuların izlendiği, enükleasyondan sonra nüks etmeyen bir malformasyondur (1,3,5). En sık 10-19 yaş grubu arasında, kalıcı dişlerin gelişmeye başladığı ve geliştiği dönemde ortaya çıkmaktadır (2). Primer dişlerin geliştiği dönemde nadiren görülmektedir (5). Yaşla birlikte lezyon hacminde artış olduğu bildirilmiştir (4). Bu yazıda, KKO'lu olgunun klinik, direkt radyografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve histopatolojik bulguları sunulmaktadır.

## Olgu bildirisi

Altı yaşında erkek hasta, çenesinin sol tarafında giderek artan şişlik ve ağrı yakınması nedeniyle radyolojik değerlendirme için bölümümüze gönderildi. Fiziksel muayenede angulus mandibula lokalizasyonunda şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Direkt radyografide, solda, angulus mandibula, korpus mandibula posterioru ve ramus mandibula lokalizasyonunda subkondiler bölgeye uzanan, kortekste incelleme ve ekspansiyona neden olan kitle lezyonu izlendi. Lezyonun periferinde geniş radyolüsen alan, santralinde ise amorf, non-homojen, kalsifiye oluşum mevcuttu. Ayrıca lezyon içerisinde, posteroinferior kesiminde yerleşmiş, çıkmamış 2. molar diş izlenmekteydi (Resim 1). Yapılan BT incelemesinde, lezyonun diffüz ekspansiyona yol açtığı, korteks bütünlüğünün posteromedialde bozulduğu görüldü (Resim 2 A,B). Lezyon boyutları 4,5x4x3 (kranyokaudal xön-arkaxtransvers) cm ve lezyon içerisindeki amorf kalsifiye alanın boyutları yaklaşık 4x3x2 kranyokaudal xön-arkaxtransvers) cm olarak ölçüldü. Üç boyutlu görüntülerle, lezyon farklı açılardan değerlendirildi (Resim 3). Lezyonun total eksizyondan sonra yapılan histopatolojik incelemede dentin, sement ve osteosement tipinde kalsifiye alanlar ile enamelden arta kalan boşluklardan oluştuğu saptanarak kompleks kompozit odontoma tanısı konuldu (Resim 4). Olgumuzun genel fiziksel muayenesi ve laboratuvar testleri normal sınırlar içerisindeydi.



**Resim 1.** Lateral radyografide, lezyonun periferinde geniş radyolüsen alan, santralinde ise amorf, non-homojen kalsifiye alan izleniyor. Ayrıca lezyon içerisinde, posteroinferior kesiminde yerleşmiş, çıkmamış 2. molar diş görülüyor (ok).



**Resim 2. A.** BT kesitinde, lezyonun diffüz ekspansiyona yol açtığı, korteks bütünlüğünün posteromedialde bozulduğu görülüyor (ok). **B.** Lezyonun alt düzeyinden geçen kesitte lezyonun posteroinferior kesiminde yerleşmiş, çıkmamış ikinci molar diş görülüyor.

## Tartışma

Odontomalar alanında mineralize dental dokuların izlendiği benign hamartomlardır. Klinik ve histolojik tiplerine göre WHO tarafından üç tip odontoma tanımlanmıştır (6):

1. Kompound odontoma, diş benzeri yapıların üretildiği fakat morfolojik olarak normal dişin saptanamadığı organize dental dokudan oluşur.

2. Kompleks odontoma (ya da kompleks kompozit odontoma), diş benzeri yapıların bulunmadığı disorganize dental doku kitlesidir.

3. Ameloblastik fibroodontoma: Bunun kompleks odontomanın immatür prekürsörü olduğu sanılmaktadır. Ameloblastik fibromaya benzer dental papilla benzeri dokular ve dental doku içerir.

Radyolojik özelliklerine göre iki tip odontoma tanımlanabilir. Kompound tip, radyolüsen alan içerisinde multipl, diş benzeri radyoopasiteler içerir. Kompleks tip ise radyolüsen aralık içerisinde non-spesifik, amorf kitle ya da kitleler şeklindedir. Her iki formun özelliklerini gösteren olgular, mikst odontoma başlığı altında toplanmıştır (3).

Kompound odontoma, Batı popülasyonunda, odontomaların yaklaşık üçte ikisini oluştururken, kompleks odontoma yaklaşık üçte birini oluşturur (3). Ameloblastik fibroodontoma ise çok nadir görülür (7). Bazı patologlar, kompleks ve kompound tipteki tüm odontomaların normal odontogenez ve diş çıkması dönemi boyunca geliştiğine inanırlar (8-10). Lezyonun

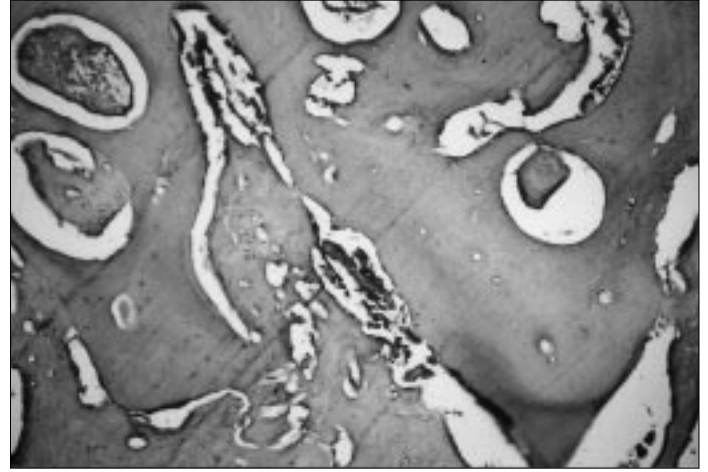
etyolojisi bilinmemektedir. Travma, enfeksiyon ve genetik kontrol mekanizmalarında bozulma, ileri sürülen teorilerdir (11). Kompleks odontoma, yaygın olarak ikinci ve üçüncü dekalarda görülür. Çin popülasyonunda yapılan bir araştırmada, kompleks odontomanın ortalama görülme yaşı 24.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada periapikal radyografilerde, lezyonun kapladığı ortalama alan 1.36 cm<sup>2</sup> olarak hesaplanmış ve bu alanın yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır (4). Batı popülasyonunda yapılan bir araştırmada ise lezyonun pik yaptığı yaş grubunun 11 ile 15 yaş arası olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada cinsiyete göre dağılımda anlamlı farklılık saptanmamıştır (3).

KKO'lar nadiren subkondiler bölgede ve maksiller sinüslerde bulunabilirler (1,7,11). Ancak en sık görüldüğü lokalizasyonlar, anterior maksilla ile mandibular molar ve premolar alanlardır (2-4). Olgular çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. Bazen yüzde ağrı ve şişlik yakınmasıyla başvururlar ve genellikle ekspansiyon görülmez. Primer dişleri nadiren tutarlar. Olgumuzda ilginç olarak, lezyon primer dişlerin geliştiği dönemde görülmüş olup boyutu, literatür bilgilerine ve kendi yaş grubuna göre oldukça büyüktü. Odontomalar, diş çıkmasını önlerler. Olguların %47.6'sı ile %51'i arasında çıkmamış diş saptanır (2,3). Olgumuzda 2. molar dişin çıkmadığı, lezyonun posteroinferior kesiminde yer aldığı izlendi.

Odontomaların sürekli büyüme olasılıkları vardır. Bu nedenle semptomlar başlamadan önce erken evrede saptanmaları önemlidir. Odontomaların iki tipini birbirinden ayırmak klinik açıdan önemli değildir. Gorlin ve arkadaşlarının yorumuna göre, bir tipten diğerine geçiş yaygın görülür. Radyografik olarak görülen periferik radyolüsen alan, histolojik incelemede fibröz kapsüle karşılık gelir (5). Kompleks odontoma, periferinde radyolüsen alan, santralinde soliter dens radyoopasite görülmesiyle sementoma gibi matür fibro-osseöz lezyonlarla karışabilir (5). Ancak kompleks odontomada izlenen radyoopasite ma-



**Resim 3.** 3B görüntü mandibula yerleşimli lezyonu bütünüyle değerlendirmemize olanak sağlıyor.



**Resim 4.** Histopatolojik kesitlerde dentin, sement ve osteosement tipinde kalsifiye alanlar ile enamelden artakalan boşluklar izleniyor (x40, HE). Pembe boyalı olarak izlenen alanlar dentine karşılık gelmektedir.

tür sementomadaki gibi homojen değildir. Enamel, dentin, sementum ve pulpa dokusu içermelerinden dolayı heterojendirler (5). Ayrıca kompleks odontoma büyümeye eğilimlidir. Sementoma genellikle otuz ve daha ileri yaşlarda izlenirken kompleks odontoma daha genç yaşta izlenir. Eğer kompleks odontoma periapikal bölgede lokalizeyse ve küçükse, idyopatik periapikal osteosklerozisten ayırmak güç olabilir. Bu iki tip lezyonu ayırmada kullanılan kriterler şunlardır: Odontomadaki periferik radyolüsen alan ve santralinde homojen olmayan radyoopasite (13).

Kompleks odontomalı olgular yay-

gın olarak 11-15 yaşları arasında opere olurlar. Rekürrensi önlemek için cerrahi tedavi yeterlidir. Kistik dejenerasyon gelişme olasılığını önlemek için lezyon etrafındaki yumuşak dokunun eksizyonu önerilir (2). Cerrahi

tedavi, ayrıca, lezyonun içerebileceği neoplastik elementlerin varlığını dışlamak ve çenede gelişebilecek fraktür riskini önlemek için de gereklidir (3,13).

#### CASE REPORT: COMPLEX COMPOSITE ODONTOMA: PLAIN RADIOGRAPHY AND COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS

Complex composite odontoma is a rare benign odontogenic hamartoma seen in association with a primary tooth. Although it is seen most frequently between 10-19 years of age, here we present a lesion of unusual size in the mandible of a 6-year-old boy and report its clinical, radiographic, CT and histologic findings. Also, we discuss the value of three dimensional images.

Key words: • mandible • odontoma • radiography; tomography, X-ray computed

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2003; 9:97-99

#### Kaynaklar

1. Shatz A, Calderon S. Complex odontoma in the maxillary sinus. An unusual presentation. Ann Dent 1987; 46:38-40.
2. Kaugars GE, Miller ME, Abbey LM. Odontomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 67:172-176.
3. Katz RW. An analysis of compound and complex odontomas. ASDC J Dent Child 1989; 56:445-449.
4. MacDonald-Jankowski DS. Odontoma in a Chinese population. Dentomaxillofac Radiol 1996; 25:186-192.
5. Piatelli A, Perfetti G, Carraro A. Complex odontoma as a periapical and interradicular radioopacity in a primary molar. J Endod 1996; 22:561-563.
6. Pindborg JJ, Kramer IRH, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumors. Jaw cysts and allied lesions. In: International Histological Classification of Tumors. World Health Organization, Geneva 1971:29-30.
7. Clausen FP. In: Pathology of the Dental Hard Tissues. Copenhagen: J. J. Pindborg, 1970; 396.
8. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A text book of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co., 1983: 308-311.
9. Baden E. Odontogenic tumors. Pathol Annu 1971; 6:475-568.
10. Gardner DG. The concept of hamartomas: its relevance to the pathogenesis of odontogenic lesions. Oral Surg 1978; 45:884-886.
11. Hitchin AD. The etiology of the calcified composite odontomas. British Dental Journal 1971; 94:107-110.
12. Gorlin RJ, Chaudhry AP, Pindborg JJ. Odontogenic tumors: classification, histopathology and clinical behavior in man and domesticated animals. Cancer 1961; 14:73-101.
13. Frame JW. Surgical excision of a large complex composite odontome of the mandible. Brit J Oral Maxillofac Surg 1986; 24:47-51.