

Ameloblastoma (İki Olgu)

Ameloblastoma (Two Cases)

Bilge Özışıkçılar* İlker Burak Arslan ** Dilşen Oskay *** Ümit Bayol***

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, İzmir

*Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Kliniği, **KBB Hastalıkları Kliniği, ***Patoloji Kliniği

ÖZET

Ameloblastoma, çene bölgesinde görülen, iyi huylu olmasına karşılık lokal yayılım gösteren bir tümördür. Klinik önem taşıyan odontojenik tümörler içinde en sık görüleni olmakla birlikte çene yerleşimli kist ve tümörlerin ancak %1'ini oluşturur. Ameloblastomlu olguların yaklaşık %80'i mandibuladan, %20'si maksilladan köken alır. Mandibuler yerleşimleri nedeniyle, 2 ameloblastoma olgusu sunulmuştur. Her iki olgu, hastanemize, yirmi yaş dişi çekimi sonrası, sol alt çenede şişlik yakınması ile başvurmuşlardır. Bilgisayarlı tomografi ve ortopantomografide tipik "bal peteği" görünümü tespit edilmiştir. Yapılan total eksizyon sonrası olgular, histopatolojik olarak "Ameloblastoma" tanısı almışlardır.

Anahtar Kelimeler: odontojenik tümör, mandibula, ameloblastoma

SUMMARY

Ameloblastoma is an odontogenic tumor that is located in the jaw region and though it is a benign entity it may be locally invasive. Being the most common clinically significant odontogenic tumor, it constitutes only 1 percent of the tumors and cysts located in the jaw region. Approximately 80 percent of the tumor is originated from the mandibula and 20 percent from the maksilla. Two cases are presented for their mandibular location. Both patients have applied to our hospital with complaints of post-wisdom teeth extraction swellings. Computerized tomography and orthopantomography showed typical "honey comb" appearance. After total excision, both lesions were diagnosed as "Ameloblastoma", histopathologically.

Key Words: odontogenic tumor, mandibula, ameloblastoma

Başvuru tarihi: 30.12.2002

SSK Tepecik Hast Derg 2003;13(1):47-52

Ameloblastoma, mine dokusunun diferansiye olmamış gerçek bir neoplazmıdır. Benign karakterli olmasına karşılık invaziv büyüme modeline sahiptir. Klinik önem taşıyan odontojenik tümörler içinde en sık görüleni (%18) olup, maksilla ve mandibulada yerleşmiş kist ve tümörlerin ancak %1'ini oluşturur (1-5). Çoğunluğu intraosseöz (santral) olmakla birlikte, alveoler kemiği çevreleyen yumuşak dokuda yerleşen ekstraosseöz (periferik) ameloblastomalar ve santral sinir sistemini tutan Hipofizer Ameloblastomalar (Kraniofaringioma) mevcuttur (6). Tümör, mine

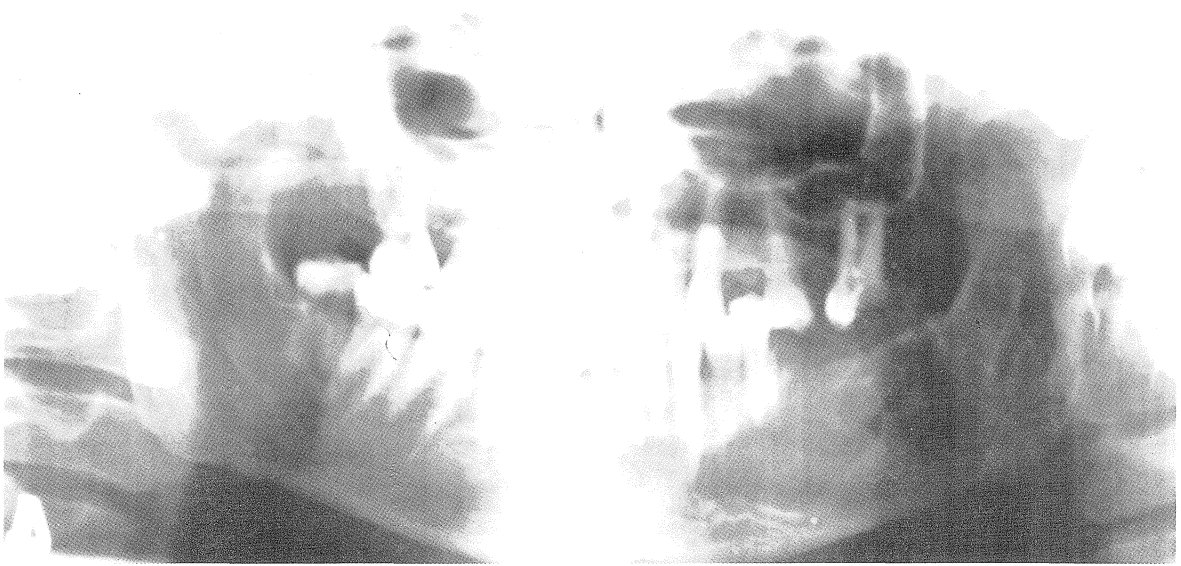
dokusunun, dental laminanın veya Malassez'in tanımladığı epitelial hücrelerin kalıntılarından, odontojenik kistlerin (özellikle dentijeröz kist) epitelinden, odontoma epitelinden, gelişmekte olan mine dokusundan, çenelerin yüzeyini örten epitelin bazal hücrelerinden ve vücudun diğer kısımlarındaki (özellikle hipofiz) heterotopik epitelten köken alabilir ve multisentrik olabilir (5,6).

Tümör, olguların %80'inde posterior mandibuladan, %20'sinde posterior maksilladan köken alır (1,3-6). Her yaş grubunda görülebilmekle birlikte

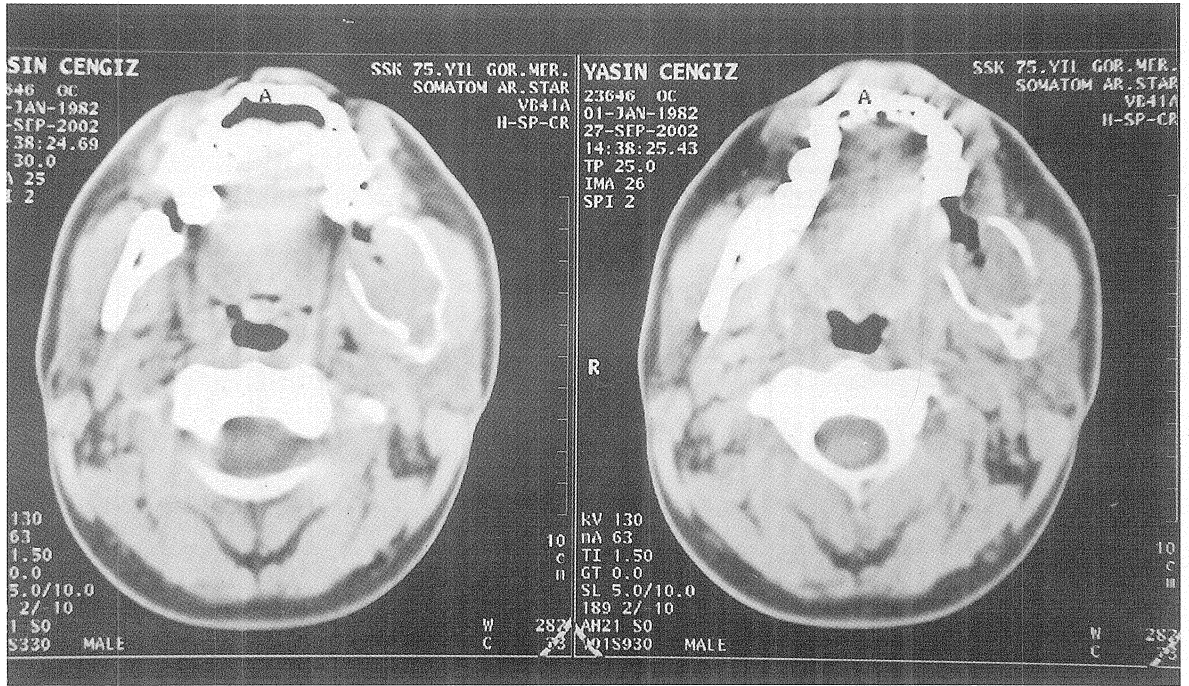
olguların yaklaşık yarısı 20-40 yaş grubundadır. Tümör, belirgin cinsiyet ve ırk eğilimi göstermez. Çoğu olguda klinik bulgu sadece şişliktir. Hastalığın öyküsü birkaç haftadan 50 yıla kadar değişebilir. Tümörün büyüdüğü bölgelerde dişlerde sallanmalar, yer değişiklikleri olabilir. Maksiller yerleşimli tümörler sinüsü tutarak orbita ve nazofarinkse doğru genişleyebilir. Ağrı sık karşılaşılan bir bulgu değildir (5,7). Ameloblastomanın radyolojik görüntüsü, klasik olarak, çenede multiloküler kistik lezyon şeklindedir. En tipik görünümü, çok odaklı, "bal peteği" veya "sabun köpüğü" şeklinde radyolüsen alanlardır (1,3,8). Mikroskopik düzeyde, en sık izlenen folliküler alt tipte, fibröz bağ doku niteliğinde stroma içinde odontojenik epitel adaları izlenir. Bu epitel adaları mine organına benzer. Periferdeki ameloblastik hücreler uzun kolumnar olup nüveleri polarizedir. Epitelial adanın orta kısmında, stellat retikulumu andıran, gevşek ağ oluşturan hücreler bulunur. Hücrelerde atipi yoktur. Mikrokistik değişiklikler sıktır (1,3-6). Tedavide, infiltratif büyüme ve yinleme özelliğinden dolayı yarı-malign olarak kabul edilmekte ve çevresinde sağlam sınırlar bırakacak şekilde eksize edilmektedir (9). Yineleyebilmesi, metastaz yapabilmesi nedeniyle, hastaların uzun süreli izlemleri gereklidir.

OLGU 1

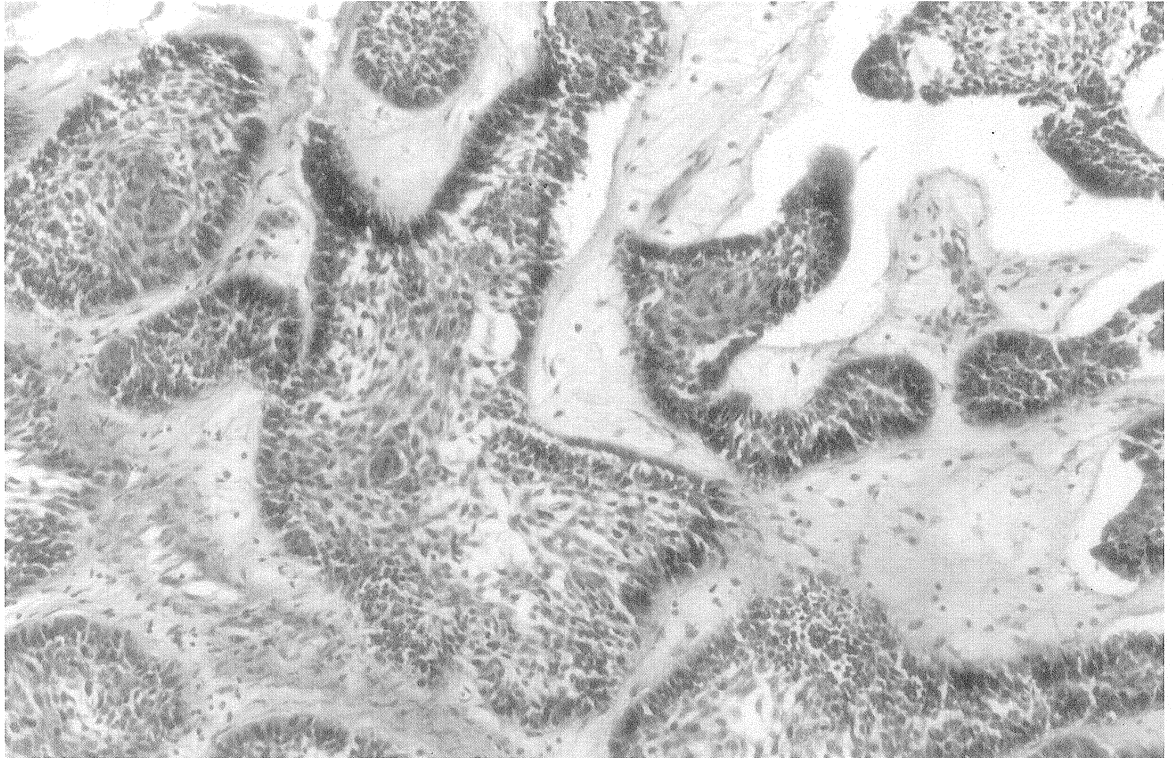
20 yaşında erkek olgu (YC), 16.9.2002 tarihinde, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Çene Cerrahisi Polikliniği'ne başvurdu. Hasta, sol alt çeneden 9 ay önce çektiği 20 yaş dişinin bölgesinde abse gelişmesi nedeniyle sevk edilmişti. Dış bakıda sol ramus mandibulada şişlik saptanarak ortopantomografi ve bilgisayarlı tomografi istendi. Oklüzal filmde lingual ve vestibüldeki kemik duvarının şişliği görüldü. Ortopantomografide sol korpus ve ramus mandibulada, kemik içinde, "bal peteği" izlenimi veren multiloküler kistik görünüm saptandı (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide, sol ramus mandibulada ekspansiyon yapmış radyolüsen alan izlendi (Resim 2). 23.9.2002'de yapılan total eksizyon sonucu elde edilen yaklaşık 1 mL hacimde, kirli beyaz renkte, granüler desen gösteren yumuşak dokunun mikroskopik bakısında, fibröz stroma içinde benign epitelial hücre adaları dikkati çekti (Resim 3). Dış kısımda hücreler kolumnar nitelikte iken orta kısımdaki hücrelerin gevşek bir ağ oluşturdıkları görüldü. Epitelial ve mezenkimal komponentte maligniteyi telkin edecek atipi bulguları izlenmedi. Bu bulgularla olgu "Folliküler tipte Ameloblastoma" tanısı aldı.



Resim 1. Ortopantomografi; sol ramus mandibulada multiloküler kistik görünüm (Olgu 1).



Resim 2. Bilgisayarlı tomografi; sol ramus mandibulada ekspansiyon yapmış radyolüsen alan (Olgu 1).

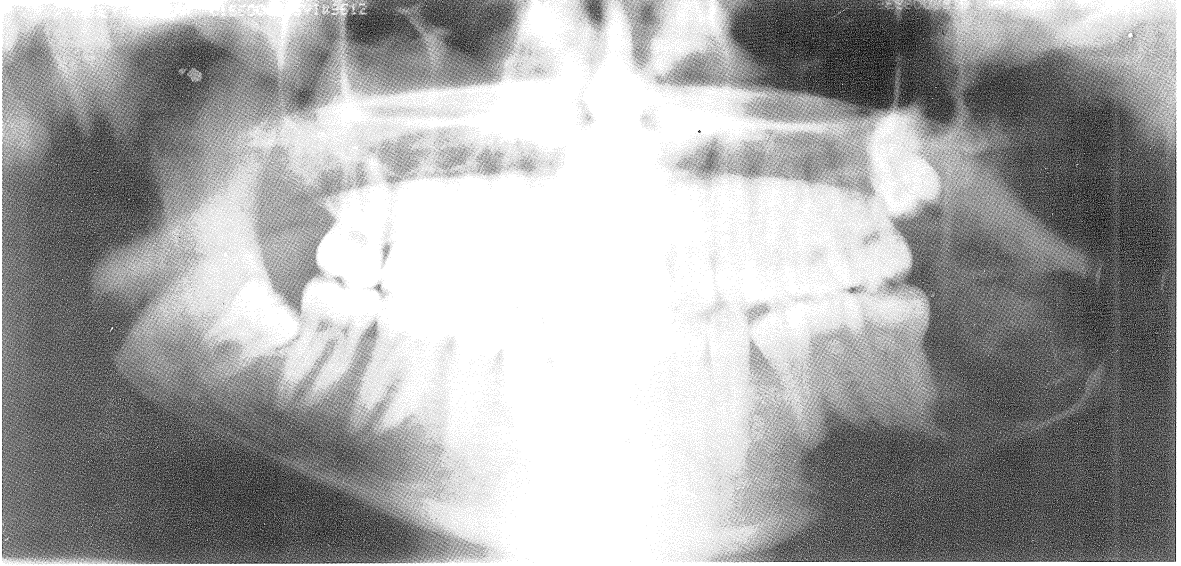


Resim 3. HEx100: Fibröz stroma içerisinde odontojen epitel adaları (Olgu 1).

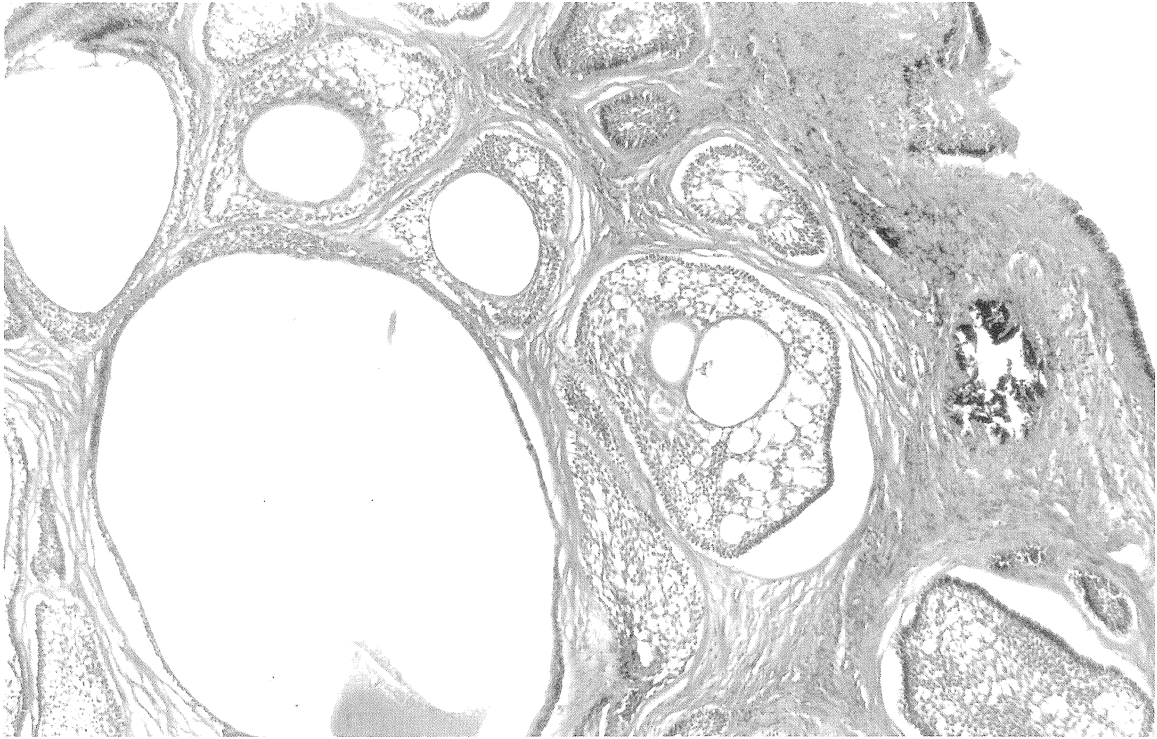
OLGU 2

28 yaşında kadın olgu (DY), 14.8.2002 tarihinde, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Çene Cerrahisi Polikliniği'ne sol alt çenede şişlik şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde, 7 ay önce aynı bölgede gelişen abse tanısıyla antibiyotik tedavisi

gördüğü, 3 ay önce sol alt 20 yaş dişini çektiği ve yarasının iyileşmediği öğrenildi. Dış bakıda, sol mandibulada şişlik saptandı. Çekilen ortopantomografi ve bilgisayarlı tomografide sol korpus ve ramus mandibulada, invaziv gelişim modeline sahip, "bal peteği şeklin-



Resim 4. Ortopantomografi; sol korpus ve ramus mandibulada multiloküler kistik görünüm (Olgu 2).



Resim 5. HEx40: Kistik değişikliklerin eşlik ettiği, kollojenden zengin bağ dokusu içerisinde odontojen epitel adaları (Olgu 2).

de radyolüsen alanlar içeren lezyon saptandı (Resim 4). Bölgedeki dişlerin kök uçlarında, belli derecelerde rezorbsiyon görüldü. 11.9.2002 tarihinde yapılan total eksizyon sonucu elde edilen yaklaşık 1.5 mL, kemik kırıntıları da içeren materyalin mikroskopik incelemesinde, yer yer kistik değişiklikler gösteren, kollajenden zengin bağ dokusu içerisinde odontojenik epitel adaları dikkati çekti (Resim 5). Epitel adalarının çevresi, kolumnar özellikte, polarize nükleuslu hücrelerle döşenmiş olup, orta kısımda gevşek retiküler yapı oluşturan hücreler bulunmakta idi. Epiteliyal ve mezenkimal komponentte hücre- sel atipi izlenmedi. Bu bulgularla olgu "Kistik Ameloblastoma (Foliküler Tip)" tanısı aldı.

TARTIŞMA

Ameloblastoma, klinik önem taşıyan odontojenik tümörler içinde en sık görülenidir (1-5).

Ameloblastomların yaklaşık %80'i posterior mandibuladan ve %20'si maksilladan köken alır. Her iki olgumuzda da tümör sol korpus ve ramus mandibulaya yerleşmiştir.

Ameloblastoma, olguların çoğunda gömük 20 yaş dişi ile ilişkilidir. Stanley ve Diehl'in (10), 641 olguluk serilerinde, 108 olgunun (%17) gömük bir dişle ve/veya folliküler (dentijeröz) kist ile ilişkisi gösterilmiştir. Hastalarda sıklıkla diş çekimi, kistektomi gibi travma öyküsü vardır. Ancak diş çekimi sıklıkla tümörün nedeni olmaktan çok tümöre bağlı dişin gevşemesinin bir sonucudur (6). Olgularımızın her ikisinde de hastaneye başvurudan 3 ay ve 9 ay öncesine dayanan 20 yaş dişi çekimi öyküsü vardır.

Çoğu olguda klinik bulgu sadece şişliktir. Enfekte olmadığı sürece ağrı yapmaz (1,3,4,6). Olgularımızın her ikisinde de sol alt çenede şişlik saptanmış olup geçirilmekte olan enfeksiyona (abse) bağlı ağrı şikayetleri de mevcuttur.

Ameloblastomanın tipik radyolojik görünümü, çok odaklı, "bal peteği" veya "sabun köpüğü" şeklinde radyolüsen alanlardır (1,3,8). Bu görünüm, kuvvetle ameloblastomayı desteklemekle birlikte, santral dev hücreli granülom, miksoma, odontojenik keratokist de izlenebilir (3). Bazı olgularda unikistik görünüm söz konusu olup,

radyolojik ayırıcı tanıda dentijeröz kist de yer almalıdır (11). Olgularımızın her ikisinde, ortopantomografi ve bilgisayarlı tomografide, "bal peteği" benzeri multiloküler kistik alan izlenmiştir. Diş köklerinde rezorbsiyon ameloblastomada sık bir bulgudur. Olgularımızda, radyolojik olarak, diş köklerinde değişen derecelerde rezorbsiyon dikkati çekmiştir.

Mikroskopik olarak çok sayıda alt tip tanımlanmıştır. (Foliküler, pleksiform, akantomatöz, granüler hücreli, bazal hücreli, unikistik, desmoplastik ameloblastoma vb.) Aynı tümör içinde birden fazla histolojik alt tip izlenebilir. Bu alt tiplerin birinin diğerinden daha agresif olduğuna dair deliller sınırlıdır (3,5). Olguların büyük çoğunluğunu folliküler ve pleksiform alt tipler oluşturur (1,3-6). Olgularımızda, mikroskopik bakıda, kollajen içeren stroma içinde dağılmış, diş kısmında kolumnar nitelikte, merkezde gevşek retiküler yapı oluşturan epiteliyal hücre grupları dikkati çekmiş, bu bulgularla her ikisi de "Foliküler tipte Ameloblastoma" olarak değerlendirilmiştir.

Ameloblastomanın histolojik ayırıcı tanısında ameloblastik fibroma, odontojenik adenomatoid tümör, ameloblastik karsinom, malign ameloblastom ve dentijeröz kist gözönünde bulundurulmalıdır. Özellikle, epiteliyal komponentin birbiriyle anastomozlaşan kordonlar oluşturduğu pleksiform tipte ameloblastoma, ameloblastik fibroma ile karışabilir. Ancak ameloblastik fibromaya özgü, yoğun kollajenöz stroma ameloblastomada izlenmez (1). Odontojenik adenomatoid tümör hemen daima maksillada yerleşir. Tümör, ameloblastomanın aksine iyi sınırlı olup, merkezde, rozetler, tubuler yapılar oluşturan, trabeküler ve kribriform proliferasyonlar gösteren kübik-kolumnar özellikte hücrelerden oluşur (pre-ameloblast). Bu hücrelerin oluşturduğu eozinofilik fibriler materyal, hücreler arasında ve tubul lümenlerinde izlenir (4).

Ameloblastomanın metastaz yapan formu "Malign Ameloblastoma" olarak adlandırılır. Metastatik odakta histolojik bulguların primer odakla aynı olduğu durumlarda "Malign Ameloblastoma" terimi kullanılırken, bu alanda epite-

lial komponentin az diferansiye bir karsinoma (sıklıkla epidermoid karsinom) değişim gösterdiği durumlarda "Ameloblastik Karsinoma" terimi kullanılmaktadır (6). Olgularımızda klinik olarak metastatik bir odak saptanmamış olup, mikroskopik düzeyde, maligniteyi telkin edebilecek atipi bulguları taşımamaları nedeniyle klasik, benign ameloblastoma olarak yorumlanmışlardır. Ameloblastomanın özellikle unikistik formları klinik ve mikroskopik düzeyde dentijeröz kist ile karışabilmektedir. Her iki antite de genç yaş grubunda görülmekte olup benzer radyolojik özellikler taşırlar (11). Dentijeröz kist gömük bir dişte, ameloblastik tabaka ve diş tacı arasında sıvı birikimine bağlı gelişir. Mikroskopik olarak çok katlı yassı epitel, diş tacını çevreleyen ameloblastik epitelle devamlılık gösterir (4). Olgularımızın biri "Kistik Ameloblastoma" tanısı almış olmakla birlikte, radyolojik ve mikroskopik olarak unikistik paternin izlenmemesi, yer yer kistik genişlemeler gösteren folliküler tipte ameloblastoma ya uyan mikroskopik görünümü ile dentijeröz kistten ayırt edilmiştir. Genç yaş grubunda izlenen, sıklıkla gömük diş ile ilişkili ve benzer radyolojik özellikler taşıyan dentijeröz kist ve ameloblastomanın kesin ayırıcı tanısında histopatolojik incelemenin gerekliliği kaçınılmazdır.

İntraosseöz Ameloblastomalarda yineleme oranı %26'dır (4). Periferik ameloblastomalar ve unikistik ameloblastomalar nispeten daha iyi prognoza sahipken, diğer alt tipler, komşu kemik iliği mesafelerine infiltre olma eğiliminden dolayı güvenli cerrahi sınırla çıkarılmadıkları takdirde yineleme oranları %55-90'a ulaşır (3). Her iki olgumuz da operasyon sonrası 5. ayda sorunsuz olarak yaşamaktadır.

İki ameloblastoma olgusu, genç yaş grubunda olmaları, mandibuler yerleşimleri ve radyolojik düzeyde kistik görünümleri nedeniyle diğer odontojenik lezyonlarla ayırıcı tanıların önemi nedeniyle sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Unni KK. Dahlin's Bone Tumors. 5th edition. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.p.436-9.
2. Turker M, Yucetas S. Ağız Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. Ankara: Atlas Yayıncılık; 1997.p.325-30.
3. McFarland M, Abaza NA, El-Mofty S. Mouth, teeth and pharynx. In: Damjanov I, Linder J (eds). Anderson's Pathology. 10th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1996.p.1603.
4. McClatchey KD, Zarbo RJ. The jaws and oral cavity. In: Sternberg SS, Antonioli DA, Carter D, Mills SE, Oberman HA (eds). Diagnostic Surgical Pathology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.p.842-3.
5. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. 8th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1996.p.271-4.
6. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Oral Pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1983. p.277-85.
7. Comings CN, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1998.p.1588-9.
8. Gunhan O. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. Ankara: Atlas Yayıncılık; 2001.p.42-5.
9. Bailey BS, Johnson JT, Kohut RI, Pillsbury HC, Jardy ME. Head and Neck Surgery Otolaryngology. Philadelphia: Lippincott Rowen Publishers; 1996. p.1181-8.
10. Stanley HR, Diehl DL. Ameloblastoma potential of follicular cysts. *Oral Surg* 1965;20:260.
11. Chala S, Nassih M, Kzin A, Sidal B. Ameloblastoma of the mandible. *Reu Stomatol Chir Maxillofac* 2002;103:247-50.

Yazışma adresi:

Dr. Bilge ÖZİŞİKÇILAR
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, İzmir
Tel.: 0.232. 469 69 69-1306
Faks:0.232. 433 07 56
