

MANDİBULA AMELOBLASTOMU OLGUSU(*)

A CASE OF AMELOBLASTOMA OF THE MANDIBULA

Zuhal TUĞSEL
Nesrin ERGÜL
Murat GOMEL

SUMMARY

In this article a case 26 year-old female had a cystic lesion in the right mandible extending from the first molar area to the coronoid process diagnosed as ameloblastoma by the histopathologic examination after the marsupialization with the dentigerous cyst as a preliminary diagnosis was reported. the patient did not accept our proposal for a radical operation for 6 months. After one year from he first operation the lesion, lessened to 1.5 cm, was removed. It was understood that the case was an ameloblastoma on the wall of the cyst. At the end of the ten years follow-up there is no recurrence.

(Key Words: Ameloblastoma, mandibula, dentistry.)

ÖZET

Bu makalede 26 yaşında bir kadın hastamızda sağ mandibuler 1. molar diş ile prosessus koronoideus arasında uzanan bir lezyonun denijeröz kist öntanısı ile marsüpiyalize edilmesinden sonra histopatolojik tetkikte "ameloblastoma" tanısı alan bir olgu sunulmaktadır. Daha radikal bir ameliyat önerisine 6 ay yanıt vermeyen hastanın, bu süre sonraki kontrolünde lezyonun ge-rilemesi üzerine ilk operasyondan yaklaşık 1 yıl sonra 1.5 cm.'e inen lezyon çıkartıldı. Olgunun kist duvarında oluşmuş bir ameloblastoma olduğu anlaşıldı. 10 yıllık izlemde hiçbir yineleme bulgusu yoktur.

(Anahtar Sözcükler: Çene Cerrahisi, Dişhekimliği, Oral Diyagnoz, Tümör.)

Oral Diağnoz Ve Radyoloji AD. (Doç .Dr.Z Tuğsel, Dr.N Ergül)
Cerrahi AD. (Prof.Dr.M Gomel)
Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Bornova-İZMİR

Yazışma : Dr.N Ergül

(*) FDI Dünya Dişhekimliği Birliği ve TDB Türk Dişhekimleri Birliği- Ortak Kongresi 21-26 Haziran 1999, İstanbul'da poster olarak sunulmuştur.

Ameloblastoma yerel saldırgan, epitelyal kökenli, selim bir odontojen tümördür. Sorumlu tutulan kaynaklar mine organı, odontojenik artıklar, ağız mukozasının bazal hücreleri, odontojenik kistlerin epiteli, gelişmemiş mine epitelidir.(1-3).

Her yaşta rastlanabilmelerine rağmen, daha çok 20--50 yaşları arasında görülen ameloblastomaların %85'i mandibulada ortaya çıkar (1-4). Mandibulada molar-ramus, premolar-kanin ve simfiz bölgelerinde yerleşirler. Maksillada ise üçüncü molar bölgesi, maksiller sinüs ve burun tabanında yerleşirler. Asemptomatik şişlik en çok görülen semptomdur. Dişlerde yer değiştirme hareketlilik, fistül, parestezi, kötü kapanış bu patolojinin ilk belirtileri olarak sayılabilirler.

Ameloblastoma olgularında en yaygın radyografik görüntü çok boşluklu kist şeklindedir. Bu durumda radyografide, izlenebilen skleroze sınırlara sahip çok boşluklu radyolüsensiler görülür. Bu görünüm balpeteği veya sabun köpüğüne benzetilmektedir (5-7). Lezyon bölgesindeki dişler tümüyle yer değiştirebildiği gibi bu dişlerde kök rezorbsiyonları da izlenebilmektedir (1,8,9).

Klinik ve mikroskopik olarak ameloblastomalar; solid ya da çoğul kistik tip, tek kistli tip ve periferik tip olarak sınıflandırılmaktadır (10-12).

Ameloblastomanın tedavisi cerrahi olarak; küretaj veya lezyonun çevre sağlam doku ile birlikte çıkarılması şeklindedir. Lezyonun büyüklüğüne ve tipine göre tedavi yöntemine karar verilir. Tek kist şeklinde ve periferik yerleşimli ameloblastomalarda, küretaj, enükleasyon ve basit ekzizyon gibi sınırlı cerrahi işlemler sonrasında prognoz, solid veya çoğul kistik ameloblastomalara göre daha iyidir. Yine bu tip cerrahi girişimler sonrasında tek kist şeklindeki ameloblastomalardaki yineleme oranı %10-15 olarak bulunurken, bu oranın olguların genelinde %50-90 arasında olduğu bildirilmektedir (13-15). Son yıllarda ameloblastomaların cerrahi tedavisinde mandibulaya radikal rezeksiyon uygulaması

yapılarak bu tümörlerin yineleme oranı düşürülmüştür (10).

OLGU

26 yaşındaki A.D. ev hanımı. Sağ mandibulada bir yıldır devam eden şişlik nedeniyle 7 Şubat 1986 tarihinde E.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Laboratuvarına başvurdu (Prot.No: 099687). Klinik muayenede ağız dışında, hastanın yüzünün sağ yarısında hafif bir şişliğin varlığı saptandı. Ağız içi bakısında ise sağ alt molar dişler bölgesinde vestibülde ağrısız bir şişlik gözlenmekteydi. Radyografik incelemede, hastadan çekilen panoramik ve yan radyografilerde, sağ alt 1.molar dişin distalinden, processus koronoideus'a kadar uzanan yaklaşık 5x4 cm boyutlarında bir radyolüsens ile lezyonun içinde 3.molar dişi angulus mandibulae'ye doğru itildiği izlenmekteydi. Lezyon sınırları belirgin olup tek boşlukluydu (Resim 1)



RESİM 1: 1inci molar dişten processus koronoideus'a kadar uzanan lezyon.

Dentijeröz kist öntanısıyla operasyonuna karar verilen hastanın sağ trigonum retromolare bölgesinde yerel anestezi altında geniş bir lambo kaldırıldı (10 Şubat 1986). Gerçekleştirilen marsupiyalizasyon ile kist içeriği aspire edildikten sonra kist epiteli ağız içeriği aspire edilene dikildi. Çok derinde olması nedeniyle, gömük 3. moların o seansta çekilmemesine karar verildi. Çıkarılan materyalin histopatolojik tetkiki Ege Üniversi-

tesisi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda Prof.Dr.Fikri Öztıp tarafından gerçekleştirildi. Tetkik sonucunda (Patoloji Prot. No: 1788/86), gevşek miksomatöz nitelikte stromanın oluşturduğu ve yüzeyinde yeryer yine miksomatöz stroma adacıklarını çevreleyen kenarlarda palizat şeklinde dizilmiş orta kısımlarında yıldızlı görünümde olan epitelial hücrelerin döşediği kist duvarı izlenmekteydi. Elde edilen mikroskopik bulgular olgunu folliküler kist duvarında gelişmiş ameloblastoma olduğunu gösterdi. Bu tanı üzerine radikal bir girişim düşünüldüyse de hastanın randevularına gelmemesi nadeniyle planlanan operasyon gerçekleştirilemedi. Hasta kendisine yazdığımız uyarı mektuplarını 6 ay sonra dikkate alarak kliniğimize geldi. Bu kontrolde patolojik oluşumun belirgin bir ölçüde küçüldüğü farkedildi. Bu olumlu gelişme üzerine radikal operasyon yerine radyografik olarak biraz daha sürdüğü saptanan gömük dişameliyat ile çıkarıldı (16 Ağustos 1986) (Resim 2). Kavite duvarlarından alınan birkaç biyopsinin histopatolojik tetkikisinde



RESİM 2: Gömük dişin çıkartılmasından sonraki radyografik görüntü.

bir örnekte ilk biyopsi sonucunu doğrulayan yıldızlı ameloblastoma hücrelerine rastlandı. Diğer biyopsi materyallerine ait histopatolojik sonuçlar ise yangısal granülasyon dokusu ve folliküler kist lehineydi. Hasta ayda bir kez klinik ve radyografik olarak kontrol edildi. Bu kontrollerde kemik



RESİM 3: Boyutları oldukça küçülen lezyonun radyografik görüntüsü.

kavitesinin giderek küçüldüğü saptandı. İlk operasyondan itibaren 1 yıla yakın süre bu aylık kontrollerin ardından, boyutları 1.5x2.0 cm'ye kadar küçülmüş olan kavite, sağlıklı mukoza ve kemikten geçilmek üzere blok halinde çıkartıldı (16 Kasım 1986) (Resim 3). Ameliyat materyalinin histopatolojik tetkiki sonucunda kavite tabanındaki yumuşak dokuda kronik yangısal granülasyon dokusu yanısıra ameloblastomaya ait yıldızlı hücreler görülürken, kemik kısımları ve operasyon sınırları tam sağlıklı olarak değerlendirildi (Patoloji Prot. No: 13708/86). Hasta 10 yıl boyunca 6 ayda bir kontrol edildi ve herhangi bir yineleme belirtisine rastlanmadı (Son kontrol tarihi 23 Aralık 1996).

TARTIŞMA

Klinik ve radyografik olarak dentijeröz kistlere çok benzeyen tek kistli ameloblastoma olgularının büyük çoğunluğu da gömük bir dişle birlikte görülür (11,12). Tek kistli ameloblastomada tedavi enükleasyon ve küretaj olup, prognoz klasik intraosseöz tipteki ameloblastomadan çok daha iyidir (11). Bu yöntemle tedaviden sonra yineleme oranı kistik ameloblastomda %15 civarında gözlenirken klasik tipte çok daha yüksektir. Kahn yaptığı bir çalışmada genç bireylerdeki ameloblastomaların %68.6'sının gömük diş ile ilişkili olduğunu vurgulamışlardır (17).

Birçok küçük tek kistli ameloblastoma klinik olarak dentijeröz veya herhangi bir kist tipi olarak değerlendirilebilir. Tek kistli ameloblastomanın tanısında iki ana bulgu önemli rol oynamaktadır. Birincisi lezyon tek boşluklu olmalıdır, ikincisi de bu lezyon ameloblastoma hücreleri içeren bir epitel ile örtülü olmalıdır (11). Tek kistli ameloblastomada, çok iyi bir enükleasyon sonrasında histopatolojik olarak çene dokunun sağlıklı olduğu doğrulandığında prognozun iyi olduğu gözlenmektedir (11). Gardner mandibular ameloblastomaların ideal tedavisinin sağlam kemiği de içerecek şekildeki bir cerrahi rezeksiyon olduğunu vurgulamakta, küretaj yapılan bazı seçilmiş olgularda yineleme oranının çok yüksek olabileceğine dikkat çekerek hastanın en az 10 yıl izlenmesi gerektiğini belirtmektedir (11). Olgumuzda kist duvarının sadece bir bölümünde izlenen ameloblastoma, 10 yıllık izlemede herhangi bir yineleme göstermedi.

Büyük kistlerin tedavi yöntemlerinden biri cerrahi marsupiyalizasyondur. Ancak bu operasyonda sadece kaldırılan kapak histopatolojik olarak incelemeye alınırsa bazı yanılırlara sebep olabilir. Örneğin, ağızda bırakılan kist duvarında malin bir tümörün

bile bulunabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle bu tedavi seçildiğinde en azından farklı zamanlarda biyopsiler alınmalı ayrıca kavite sıklıkla ve dikkatle izlenmelidir. Dentijeröz kist öntanısı ile marsupiyalizasyon uyguladığımız olgumuzda ameloblastomanın çıkarılan kapak kısmında yer almış olması rastlantı eserdir. Lezyonun histopatolojik olarak belirlenmesinden sonra hastanın 6 ay boyunca kliniğimize gelemeyişi nedeniyle, planlanan operasyon gerçekleştirilemedi. Bu süre sonunda yapılan kontrolde kavitenin çok küçülmüş olduğunun saptanması ile biyopsi sonuçları ameloblastomanın kist duvarının sınırlı bir yerinde yerleştiği kanısını kuvvetlendirdi. Tedavinin küçük çaptaki bir rezeksiyonla sağlanması hasta ihmali sayesinde olmuştur. Ancak bu gibi durumlarda hasta ihmalinin genellikle tabloyu ağırlaştırdığı ve daha radikal operasyonlar gerektirdiği de unutulmamalıdır.

Sonuç olarak çenelerde görülen büyük kistler ile ameloblastomaların tanı ve tedavisinde dikkatli ve bilinçli olunmasının yanısıra hasta ile uzun yıllar sürecek işbirliğinin önemini tekrar vurgulamak isteriz.

KAYNAKLAR

1. Thunthy KH. *Dental Radiographic Diagnosis*, Springfield, Charles C. Thomas Publisher; 1988 ; 351.
2. Lynch MA. *Burket's Oral Medicine*, 2th edition. Philadelphia, J.B. Lippincott Company; 1984 ; 337-340.
3. Regezi and Sciubba. *Oral Pathology*. 2nd edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993 ; 363.
4. Caruso M, Boguslaw B, Kraut RA, Kushner GM. Large radiolucent lesion of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999 ; 57 : 179-83.
5. Wood NK, goaz PW. *Differential Diagnosis of Oral Lesion*, 3rd edition. St Louis, The C.V. Mosby Company. 1985 ; 363-8.
6. Poyton HG, Hharoah MJ. *Oral Radiology*. Philadelphia B.C. Decker Inc. 1989 ; 282-3.
7. Goaz PW, White SC. *Oral Radiology Principles and Interpretation*. 3rd edition. St Louis, Bosby-Year Book Inc; 1994 ; 429,38.
8. Gibilisco JA. *Stafne's Oral Radiographic Diagnosis*, 5th edition. St Louis, The C.V. Mosby Company. 1983 ; 261.
9. Kerr DA, Ash MM, Millard HD. *Oral Diagnosis*, 6th edition. St Louis, The C.V. Mosby Company, 1983 ; 261.
10. Chidzonga MM, Lopez Perez VM, Portilla Alvarez AL. Ameloblastoma. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996 ; 82 : 38-41.
11. Gardner DG. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996 ; 82 : 660-9.
12. Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma: Current status of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996 ; 81 : 383-25.
13. Kawai T, Murakami S, Hiranuma H, Sakuda M. Healing after removal of benign cysts and tumors of the jaws: A radiologic appraisal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995 ; 79 : 517-25.
14. Adekeye EO. Ameloblastoma of the jaws: a survey of 109 Nigerian patients. *J Oral Surg*. 1980 ; 38 : 36-41.
15. Gardner DG, Corio RI. The relationship of pleiform unicystic ameloblastoma to conventional ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1983 ; 56 : 54-60.
16. Kahn ME. Ameloblastoma in young persons: a clinicopathologic analysis and etiologic investigation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1989 ; 67 : 706-15.
17. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma: a clinicopathologic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985 ; 60 : 624-30.