

ADENOM ATOİD ODONTOJENİK TÜMÖR (Olgu Bildirimi)

Onur İÇTEN*, Funda TUĞCU**, Mine CANBAZOĞLU**

ÖZET

Adenomatoid odontojenik tümör, oldukça nadir görülen bir tümördür. Görülme yaşı, 5-62 yaş sınırı arasında değişmekte ve en fazla sıklıkta maksillada görülmektedir. Sıklıkla dentigeröz bir kist olarak teşhis edilir. Tümörün kesin teşhisi histopatolojisine göre yapılır. Tedavi şekli cerrahidir.

Anahtar Kelimeler : Adenomatoid odontojenik tümör, Mandibular lokalizasyon, Odontojenik tümörler.

SUMMARY

ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR (A case report)

Adenomatoid odontogenic tumor is quite rarely seen and it is commonly found between the ages of 5 and 62 in maxilla. It is frequently misdiagnosed as a dentigerous cyst. The diagnose of the tumor is based upon its histopathologic features and surgical approach is the way of treatment.

GİRİŞ

Oldukça ender görülen Adenomatoid Odontojenik Tümör ilk defa 1948'de Stafne (16) tarafından ayrı bir patolojik olgu olarak rapor edilmiştir.

(*) A.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerr. ABD. Öğr. Üyesi
Doç. Dr.

(**) A.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerr. ABD. Dr. Dt.

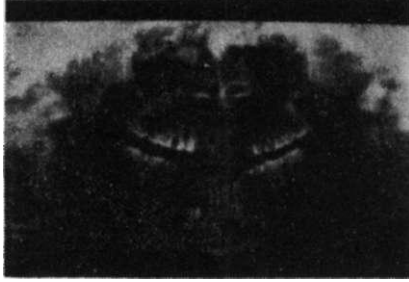
Tümör için günümüze kadar adenoameloblastoma (1, 3, 7, 8, 17) ameloblastik adenomatoid tümör (19), odontojenik adenomatoid tümör (5, 6, 18) gibi pekçok değişik terminoloji kullanılmıştır. Başlangıçta adenomatoid odontojenik tümör birçok araştırmacı tarafından ameloblastomanın basit bir varyantı olarak değerlendirilmiştir. Ancak daha sonraki çalışmalarda bunun geçersizliği ispat edilmiş olup, 1971 yılında WHO odontojenik tümörlerin histolojik sınıflandırılmasında adenomatoid odontojenik tümörün ameloblastomanın histolojik bir varyantı olmadığını belirtmiştir (11).

Vakamızı oldukça nadir görülmesinin yanında, mandibula lokalizasyonunun daha az olması ve sıklıkla dentigeröz kistler ile karşılaşması nedeniyle yayınlamayı uygun bulduk.

VAKA RAPORU

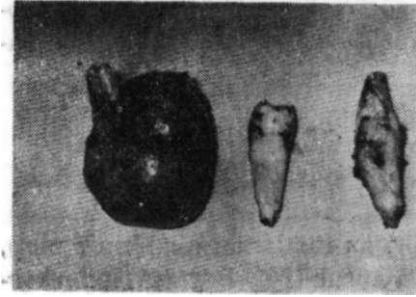
M.K. isimli 15 yaşındaki erkek hasta 5.9.1992 tarihinde kliniğimize sağ mandibular kanin-premolar bölgede oluşmuş şişlik nedeniyle başvurdu. Hastanın hikayesinden 1 sene önce bu bölgeden süt dört numaralı dişini çektiği, çekimi takiben bir şişlik olduğu ve bu şişliğin son 8 ay içinde iyice büyüdüğü öğrenildi. Hastanın ağrı şikayeti yoktu.

Yapılan klinik muayenede, ekstraoral olarak bu bölgede şişlik olduğu gözlemlendi. Intraoral muayenede, bukkal sulkus vestibulumunun sığılaştığı, alt sağ 1. premolar dişin yerinde olmadığı, kanin ve ikinci premolar dişler bölgesinde vestibuler tarafta ekspansiyon olduğu gözlemlendi ve palpasyonla muayenede kitlede fluktuasyon alındı. Kanin ve ikinci premolar dişlere uygulanan vitalite testinde, kanin dişin devital, ikinci premolar dişin vital olduğu belirlendi. Hastadan alınan panoramik filmde, kanin ve ikinci premolar dişler arasında, gömülü birinci premolar dişi içeren, iyi sınırlı, uniloküler radyolüsens bir alan izlendi (Resim 1). Alt sağ kanin ve ikinci premolar dişlerin kronlarının birbirlerine yaklaştığı, köklerinin yer değiştirdiği gözlemlendi. Anamnez ve klinik bulguların değerlendirilmesi ile lezyonun radyografik görüntüsünün sürmemiş premolar dişi içermesi gözönüne alınarak, lezyona dentigeröz kist ön tanısı kondu ve hasta ameliyata alındı.



Resim 1 : Preoperatif panoramik grafi.

İntratrakeal genel anestezi altında alt kesici bir numaralı dişten birinci molar dişe kadar uzanan gingival bir insizyon yapıldı. Mukozal lambo, kist rüptüre edilmeden dikkatlice kaldırıldıktan sonra kist torbası künt diseksiyonla etraf dokudan ayrıldı. Kist, içindeki sürmemiş diş ile birlikte enüklüe edildi (Resim 2). Kanın



Resim 2 : Çıkartılan ameliyat materyali.

ve ikinci premolar dişlerin yeterli kemik desteklerinin kalmadığı ve ileride yapılacak protetik tedavi için başarıları gözönüne alınarak dişler ekstrakte edildi. Kanama kontrolünden sonra lambo, 3 (0) atravmatik ipek suture ile kapatıldı. Postoperatif antibiyotik verildi. Ameliyat bölgesi komplikasyonsuz iyileşti. Hastanın postoperatif ilk üç aylık klinik ve radyolojik kontrolü yapıldı.

Alınan parçaların histopatolojik takibi ve çeşitli kesitlerin incelenmesinde tümöral dokularda birbiriyle devam eder görünümde nodülef tomurcuklanmalar bulunduğu, adalarda değişik büyüklükte tubuler görünümlü duktal yapıların yer aldığı görülmektedir (Resim 3). Silindirik veya basık silindirik, kübik epitelle örtülü bu alanlar çevresinde fusiform veya poligonal hücreler yer almaktadır. Bunların genellikle yuvarlak adalar halinde yerleştiği görül-



Resim 3 : Yuvarlak adalar şeklinde yer alan fuziform veya poligonal hücre toplulukları içinde yer alan silindirik veya basık silindirik epitelle döşeli duktus benzeri yapılar H-E (X20).

mektedir. Çok dar stroma gösteren lezyonda seyrek solid doku alanlarının daha çok yassı epitel görünümünde bulunduğu, santral kalsifiye kitlelerle dolu bulunduğu görülmüş ve bütün bu histolojik görüntülere dayanarak, adenoameloblastonfa histopatolojik tanısı konmuştur.

TARTIŞMA

Adenomatoid odontojenik tümör, az rastlanan bir tümör olup, odontojenik tümörlerin % 3'ünü oluşturur (14). Beyaz ırk ile karşılaştırıldığında Afrikalılarda tümör, çene tümörleri içinde daha yüksek bir orana sahiptir (2).

Lezyon, 5-62 yaş arasında rapor edilmesine rağmen, vakaların çoğu 20 yaşın altında görülmektedir (2, 6, 7, 10, 18). Bizim hastamızın da yaşı bu tanıma uymaktadır. Adenomatoid odontojenik tümörün görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (1,2, 4,6, 7, 12, 13, 16, 18).

Tümör mandibuladan çok maksilla da görülür ve sıklıkla anterior bölgeyi tutar (9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Vakaların % 74'ünde tümör sürmemiş bir diş ile beraberdir (6, 12, 18), % 68 oranında bu kanin dişidir (6, 8).

Klinik olarak adenomatoid odontojenik tümör yavaş büyüyen, fasiyal asimetriye yol açan, lokalize, ağrısız bir şişlik olarak ortaya çıkar. Kortikal ekspansiyon yaygın bir özelliktir; ancak kortikal

tabakanın panetrasyonu pek görülmez. Bu vakada da tümör sadece kortikal ekspansiyon göstermiştir ve lezyonun başlangıç hikayesi, bir yıl gibi uzun bir süre olmasına rağmen hastanın estetik dışında bir şikayeti olmamıştır. Adenomatoid odontojenik tümörlerin çoğunun büyüklüğü 1-3 cm çapındadır. Ancak 9 cm çapından büyük vaka rapor edilmiştir (2). Tümörün büyümesi dişlerde migrasyon yaparken, kök rezorbsiyonuna sebep olmaz.

Adenomatoid odontojenik tümörün etiyojisine ilişkin değişik görüşler vardır. Lezyon ayrı bir patolojik olgu olarak rapor edilmesine rağmen, histogenez ve orijin aldığı hücre konusunda tartışmalar sürmektedir. Yalnız çeneler bölgesinde görülmesi, gömülü dişler ile ilgili olması ve mine organı, dental laminanın çeşitli komponentlerine benzer histolojik özellikler göstermesi nedeniyle araştırmacıların çoğu odontojenik kaynaklı olduğunu kabul etmektedir (6, 10). Bununla beraber, birçok araştırmacı tarafından tümör dentigeröz kist epitelinin proliferasyonu (3), hamartom (1, 4, 17) olarak da kabul edilmektedir. Bening, non-agresiv klinik ve biyolojik davranışına rağmen, neoplazmdan ziyade neoplastik benzeri bir lezyon olarak değerlendirilmiştir.

Histolojik olarak iyi kapsüle lezyonlardır. Solid hücre tabakalarından oluşan duktal yapılar vardır ve büyük solid hücre yığınları içine doğru uzanan helezonlar içi şeklindedir. Duktal yapılar kolumnar veya küboidal hücreler, ile çevrilidir. Bu hücreler epiteliyal mine organının ameloblastlarını andırır. Bu yapıların lümeni boştur veya non-spesifik yapıda eozinofilik materyal içerir. Tümörde kalsifiye materyalin değişik miktarları sıklıkla gözlenir.

Radyolojik olarak adenomatoid odontojenik tümör, soliter kistik bir lezyon görüntüsündedir. Tümör, iyi sınırlı, uniloküler radyolüsen bir görüntü verir. Kalsifikasyon bazen tümör ile ilgili görülebilir ve kalsifikasyon olduğu zaman az miktarda radyoopasite görülür. Vakaların % 74'ünde, sürmemiş bir diş ile beraberdir (6, 12, 18) ve sıklıkla dentigeröz bir kist olarak yorumlanır. Bizim vakamızda da tümör sürmemiş birinci premolar dişle beraberdir ve tümör komşu dişlerin köklerinde migrasyona neden olmuştur.

Adenomatoid odontojenik tümörün tedavisi, kistin enüklasyonudur. Nüks rapor edilmemiştir. Tümör, gerek tedavi şekli, gerek görülme yaşı ve gerekse lokalizasyonu ile ameloblastomadan ayrılır.

K A Y N A K L A R

- (1) Abrams, A.M., Melrose, R.J., Howell, F.V. : Adenoameloblastoma. *Cancer*, 22 : 175, 1968.
- (2) Ajagbe, H.A., Daramola, J.O., Junaid, T.A., Ajagbe, A.O. : Adenomatoid odontogenic tumor in a black African population : report of thirteen cases. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 43 : 683, 1985.
- (3) Bhaskar, S.N. : Adenoameloblastoma : It's histogenesis and report of 15 new cases. *Oral Surg.*, 22 : 218, 1964.
- (4) Courtney, R.M., Kerr, D.A. : The odontogenic adenomatoid tumor: a comprehensive study of twenty new cases. *Oral Surg.*, 39 : 424, 1975.
- (5) Gargiulo, E.A., Mastrocola, R., Ballard, B.R. : Odontogenic adenomatoid tumor (adenoameloblastoma) : report of case and review of the literature. *Oral Surg.*, 32 : 286, 1974.
- (6) Giansanti, J.S., Someren, A., Waldron, C.A. : Odontogenic adenomatoid tumor (adenoameloblastoma) : survey of III cases. *Oral Surg.*, 30 : 69, 1970.
- (7) Martinelli, C, Melhado, R.M., Santos-pinto, R. : Adenoameloblastoma : histologic and histochemical study in one case. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 28 : 534, 1969.
- (8) Mori, M., Tamura, K., Kawakatsu, K. : Histochemical observations of enzymes in adenoameloblastoma. *Oral Surg.* 30 : 659, 1970.
- (9) Nomura, M., Tanimoto, K, Takata, T., Shimosato, T. : Mandibular adenomatoid odontogenic tumor with unusual clinicopathologic features. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 50 : 282, 1992.
- (10) Philipsen, H.P., Reichart, P.A., Zhang, K.H., Nikai, H., Yu, Q.X. : Adenomatoid odontogenic tumor : biologic profile based on 499 cases *J. Oral Pathol. Med.*, 20 : 149, 1991.
- (11) Pindborg, J.J., Kramer, L. RIH. : Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. World Health Organization. Geneva, 1971.
- (12) Poulson, T.C., Greer, R.O. : Adenomatoid odontogenic tumor : clinicopathologic and ultrastructural concepts. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 41 : 818, 1983.
- (13) Raubenheimer, E.J., Seeliger, J.E., Heerden, W.F.P., Dreyer, A.F. : Adenomatoid odontogenic tumour : a report of two large lesions. *Dent,omaxillofac. Radiol.*, 20 : 43, 1991,

- (14) Regezi, J.A., Kerr, D.A., Courtney, R.M. : Odontogenic tumors : analysis of 706 cases. J. Oral Surg., 36 : 771,1978.
- (15) Schlosnagle, D.C., Someren, A. : The ultrastructure of the adenomatoid odontogenic tumor. Oral Surg., 52 : 154, 1981.
- (16) Şiar, C.H., Ng, K.H. : Adenomatoid odontogenic tumor : a survey of 44 new cases in Malaysia. Ann. Dent., 45 : 11, 1986.
- (17) Spouge, J.D. : The adenoameloblastoma. Oral Surg. Oral Med. Oral Path., 23 : 471, 1967.
- (18) Tsaknis, P.J., Carpenter, W.M., Shade, N.L. : Odontogenic adenomatoid tumor : report of case and review of the literature. J. Oral Surg., 35 : 146, 1977.
- (19) Tchertkoff, V., Daino, S.A., Ehrenreich, T. : Ameloblastic adenomatoid tumor (adenoameloblastoma). Oral Surg., 27 : 72, 1969.