

# GRANÜLER HÜCRELİ DEV AMELOBLASTOMA

Bige Sayın\* ❖ Gülşah Kabaçam\* ❖ Nilgün Yıldırım\* ❖ Özgen Güler\*

Doğan Dede\*

## ÖZET

Ameloblastom çeşitli gelişim aşamalarındaki enamel organ ve fibröz stromalı epitelden gelişen odontojenik bir neoplazidir. Ameloblastom maksilla ve mandibuladaki tümörlerin %1'ini ve odontojenik kaynaklı tümörlerin %11'ini oluşturur. Genellikle benignidir. Ortalama 20-50 yaşları arasında siktir. Cinsiyet ve ırk ayrımı göstermez. %80 mandibulada, %20 maksillada görülür. En sık molar diş komşuluğu ile ramustan gelişir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameloblastom, Direk Grafi, Bilgisayarlı Tomografi

## SUMMARY

### Granular Cell Giant Ameloblastoma

Ameloblastoma is a tumor of odontogenic type, arising from the epithelium with fibrous stroma and enamel organ in different steps of evolution. Ameloblastoma represents 1 % of maxillary and mandibulary tumors and 11 % of odontogenic tumors. It is usually benign. The age is most often between 20-50 years of age. There is no difference in prevalence between men and women and among different races. 80 % of ameloblastoma is localized in mandibula and 20 % in maxilla. The molar-ramus region is the most frequent site of involvement.

**Key Words:** Ameloblastoma, X-ray, Computed Tomography

Ameloblastom çeşitli gelişim aşamalarındaki enamel organ ve fibröz stromalı epitelden gelişen odontojenik bir neoplazidir. Sıklıkla 20-50 yaşları arasında görülür. Genellikle benign seyirlidir. Aşağıda 10 seneden beri çenenin sol yarısında giderek büyüme gösteren şişlik şikayeti ile hastanemize başvuran 53 yaşındaki kadın hasta bilgisayarlı tomografi eşliğinde sunulmaktadır.

## OLGU

53 yaşında kadın hasta, çene sol yarısında şişlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Şişlik 10 sene önce hafif ağrılı şekilde başlamış ve giderek büyüme göstermiş. Zaman zaman ağızdan kan gelme şikayeti de olan hasta, bu şikayetler için daha önce hiç doktora başvurmamış ve herhangi bir tedavi görmemiş.

Hastanın fizik muayenesinde yüzün sol yarısında, zigomatik kemik medialinden submandibular bölgeye kadar uzanan, mandibula

ramusunu içine alan ve ağız tabanını kaplayan, lobüle konturlu, sert kıvamda kitle palpe edildi. Oral muayenede kitlenin maksilla ve mandibula sol kesiminde gingivayı ekspanse ettiği, dili sağa doğru itip oral kavitenin sol yarısını doldurduğu görüldü. Kitle üzerinde ciltte hiperemi veya ülserasyon izlenmedi. Çene hareketlerinde kısıtlılık mevcuttu. Patolojik boyutta servikal lenfadenopati saptanmadı. Diğer fizik muayene bulguları normaldi.

Konvansiyonel radyografide solda mandibula korpusu, ramusu, kondilar ve koronoid proses ile maksilla alveolar kesimini içine alarak ekspansiyon ve destrüksiyona yol açan, kemiksi yapıda multiseptasyonlar içeren, hafif lobüle konturlu, miks dansitede kitle saptandı. Trakea hava sütununda sağa doğru yer değiştirme izlendi (Şekil 1,2).

Bilgisayarlı tomografide (BT), mandibula sol ramus ve korpusunu, maksilla alveolar kesimini

\* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü Dr.

\*\* 2004 Radyoloji Kongresi'nde poster olarak kabul edilmiştir.

ekspansiyon ederek kortikal kemikte destrüksiyona yol açan, multipl kemiksi septasyonlar içeren, periferinde heterojen kontrastlanma gösteren solid komponenti bulunan, multikistik özellikte kitle saptandı (Şekil 3,4). Solda infratemporal fossadan toraks girimi düzeyine kadar devam eden ve yaklaşık 13x12x26 cm boyutlarında ölçülen dev kitlenin, ağız tabanını doldurduğu, dil kaslarını, farenks, larenks, trakea ve vasküler yapıları sağa doğru deplase ederek basıladığı görüldü.

Cerrahi tedavide hastaya sol hemimandibulektomi yapıldı. Patoloji sonucu kitle granüler hücre formasyonu gösteren ameloblastoma olarak geldi.

### TARTIŞMA

Ameloblastomalar yavaş büyüyen, kemikte lokal invazyon, ekspansiyon ve destrüksiyon yapmaya eğilimli, rekürrens oranı yüksek tümörlerdir (1,2). En sık semptom yavaş büyüyen ağrısız şişliktir. Daha az sıklıkta dental malokluzyon, ağrı, parestezi veya anestezi görülebilir (3). Tümör enfekte olmadığı sürece nadiren ağrılıdır ve sinir tutulumu olmadığı sürece nadiren semptom verir. Enfekte vakalarda perforasyon ve fistül gelişmesine bağlı akut semptomlar olabilir.

Intraosseöz (solid veya multikistik), iyi sınırlı unikistik ve nadir olan ekstraosseöz (periferal) tip olmak üzere üç tipi tanımlanmıştır (1,2,4).

Tümör unikistik veya multikistik olabilir. Unikistik tümör genellikle 20-30 yaşta ve daha çok mandibular molar bölgede, multikistik tümör ise 3.-7. dekadlar arasında ve maksilla ile mandibulada eşit sıklıkta görülür.

Histolojik olarak pleksiform, folliküler veya miks patternde olabilir. Daha nadir görülen akanatomatöz, keratinize, granüler hücreli, bazal hücreli, "clear cell" olmak üzere birçok histolojik tipi bildirilmiştir. Granüler hücreli ameloblastom neoplastik hücrelerin granüler transformasyon gösterdiği nadir bir ameloblastom çeşididir. Sitoplazmaları bol lizozom içerir.

%33 vakada eksizyon sonrası rekürrens görülür. Tümör birçok rezeksiyon ve rekürrensten sonra klinik olarak daha agresif hale gelebilir, masif lokal destrüksiyon ve metastaza yol açabilir (5). Benign olarak kabul edilmekle birlikte metastaz gösteren ameloblastoma malign ameloblastoma olarak adlandırılmaktadır (2,5,6). Metastatik yayılım insidansı %1-4.5 olarak bildirilmektedir

(2). Nadir olmakla beraber akciğer, plevra, dalak, böbrek, kalp, kafatası, vertebra, beyin, ve lenf nodlarına metastaz bildirilmiştir (2). Diğer yandan metastaz olsun veya olmasın yüksek evreli lezyonlar da olabilir (ameloblastik karsinoma).

Ameloblastomun direk grafi bulguları tümörün tipine göre değişkenlik gösterir. Kistik ya da solid yapıda, uniloküler veya multiloküler görünümde ekspansiyon lezyon olarak izlenebilirler. Periferik sınırı keskin ve dalgalıdır. Dış köklerinde rezorbsiyon ya da deviasyon bulunabilir. Konvansiyonel radyografi lezyonun net sınırlarının ve uzanımlarının belirlenmesinde, özellikle yumuşak doku invazyonunun gösterilmesinde yetersizdir (7).

Çenenin kist veya kistik lezyonları, örneğin odontojenik keratokist, primordiyal kist, dentijiröz kist, rezidual kist, anevrizmal kemik kisti ve odontojenik miksom, direk grafilerde ekspansiyon ve litik lezyonlar olarak izlenirler. Bu nedenle ameloblastomun ayırıcı tanısında düşünülmelidirler (1).

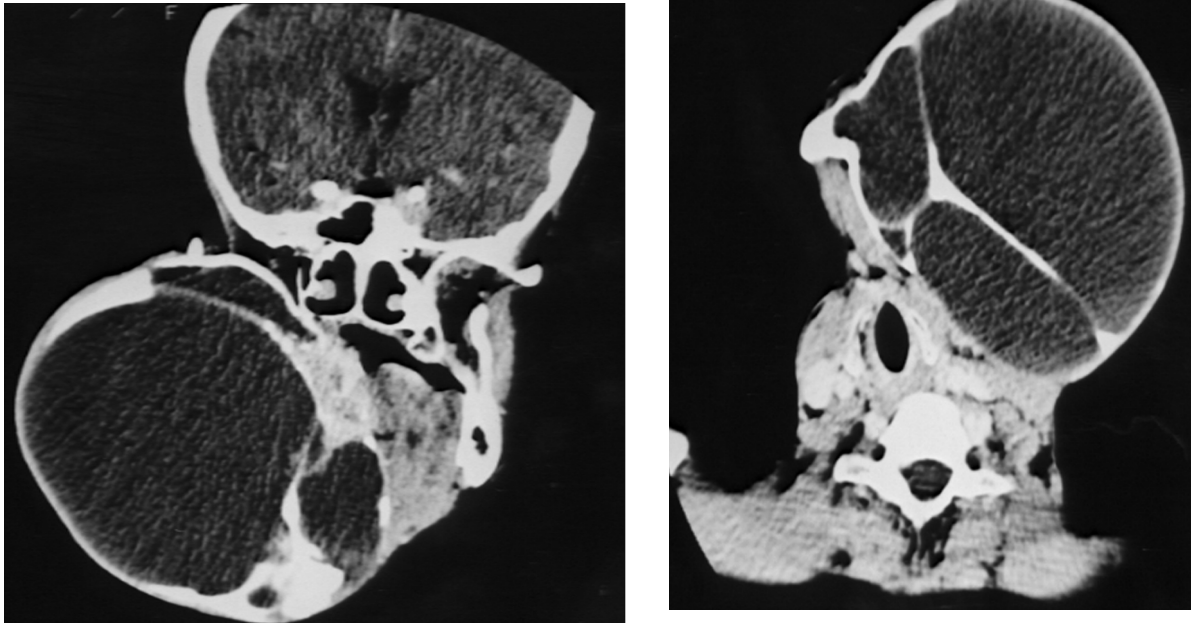
Sunulan olgu ameloblastomun tanısında ve tedavinin planlanmasında konvansiyonel radyografiye kıyasla BT'nin önemini ortaya koymaktadır. BT lezyonun unikistik ya da multikistik yapısını net olarak gösterir. Bu özellik önemlidir çünkü, biyolojik davranış olarak, unikistik ameloblastomun multikistik olandan daha az agresif olduğu düşünülmektedir (2).

BT'de multiseptalı yumuşak doku kitlesi olarak tanımlanırlar. BT ile tümörün ekspansiyon karakteri, iç ve dış mandibular korteksin korunup korunmadığı, kitlenin infratemporal fossaya, ağız tabanı ve komşu yumuşak dokulara uzanımı, maksiller antrumun posterolateral duvarı ile ilişkisi iyi değerlendirilir (1,2,7). Bu özelliklerin belirlenmesinde BT konvansiyonel radyografiye üstündür ve bu da tedavinin belirlenmesinde temeldir.

Parsiyel volüm etkisi, metalik dış artefaktı, limitli kesit alma olanağı nedeniyle BT'nin tanıda sınırlamaları olabilir. MR ise kemik iliği ve korteksi incelemede ve tümör invazyonunu değerlendirmede BT'ye üstündür.



**Şekil 1,2 :** Konvansiyonel grafide; mandibula korusu, ramusu, kondilar ve koronoid prosesi ile maksilla alveolar kesimini içine alarak ekspansiyon ve destrüksiyona yol açan, kemiksi yapıda multiseptasyonlar içeren, miks dansitede kitle izleniyor. Trakea hava sütununda sağa doğru yer değıştirme görölüyor.



**Şekil 3,4 :** Bilgisayarlı tomografide mandibula sol ramus ve korusunu, maksilla alveolar kesimini ekspanse ederek kortikal kemikte destrüksiyona yol açan, multipl kemiksi septasyonlar içeren, periferinde heterojen kontrastlanma gösteren solid komponenti bulunan, multikistik özellikte kitle izleniyor.

Yavaş büyüyen bir tümör olmasına rağmen yetersiz tedavi, rekürrens oranının yüksek olması ile sonuçlanır. Tümörün klinikopatolojik formu bunu en çok belirleyen faktördür. Foliküler ameloblastom pleksiform ameloblastomdan, multistik veya solid form ise unistik formdan daha fazla rekürrens gösterir.

Operasyonun planlanmasında tümörün kistik ya da solid olmasına göre klinik subtipi, lezyonun uzanımları ve yumuşak doku tutulumu dikkate alınır (3). Önceleri unistik lezyonların

tedavisinde eksizyon ve küretaj uygulanmakta iken, rekürrens oranları yüksek olduğu için artık tedavide geniş cerrahi eksizyon ve kemik grefti konulması tercih edilmektedir. Mandibula ramusundaki büyük lezyonların yaklaşımı tümörün komşu yumuşak dokuya ve infratemporal fossaya uzanımı nedeniyle özellikle güçtür ve yetersiz tedavide rekürrens oranı yüksektir. BT tümörün kesin uzanımlarının saptanmasında ve yeterli cerrahi tedavinin belirlenmesinde kullanılmaktadır.

**KAYNAKLAR**

1. Cihangirođlu M., Akfırat M., Yıldırım H. CT and MRI findings of ameloblastoma in two cases. *Neuroradiology* 2002; 44: 434-437
2. Miyamoto CT, Brady LW, Markoe A ve ark. Ameloblastoma of the Jaw. *Am J Clin Oncol* 1991; 14: 225-230
3. Becelli R, Carboni A, Cerulli G ve ark. Mandibular Ameloblastoma: Analysis of Surgical Treatment Carried Out in 60 Patients Between 1977 and 1998. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2003; 13: 395-400
4. Han M, Chang K, Lee C ve ark. Cystic Expansile Masses of the Maxilla: Differential Diagnosis with CT and MR. *AJNR Am J Neuroradiol* 1995; 16:333-338
5. Weissman J, Snyderman C, Yousem S ve ark. Ameloblastoma of the Maxilla: CT and MR Appearance. *AJNR* 1993; 14:223-226
6. Hertzanu Y, Mendelsohn D, Cohen M Computed Tomography of Mandibular Ameloblastoma. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1984; 8: 220-223
7. Cohen M, Hertzanu Y, Mendelsohn D Computed Tomography in the Diagnosis and Treatment of Mandibular Ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43:796-801