

PERİFERİK AMELOBLASTOMA

(Bir Olgu Bildirisi)

Necla Timoçin (*), Gülçin Erseven (**), Osman Gümrü (***)
Canan Alatlı (****), Bilgin Öner (*****), Serhat Yalçın (*****)

ÖZET

Bu çalışmada, nadir görülen odontojen tümörlerden olan bir periferik ameloblastoma olgusu bildirildi. Hastanın kadın olması ve yaşının kaynaklara göre alt sınırdan bulunması ilginçti. Olgumuzun klinik ve mikroskopik bulguları kaynak bilgileriyle karşılaştırıldı. Tümörün etyolojik özellikleri ve tedavi yöntemleri tartışıldı. Olgumuzda uygulanan tedavi ve bir sene sonraki kontrol sonuçları bildirildi.

Anahtar sözcük: Periferik ameloblastoma.

PERIPHERAL AMELABLASTOMA (A CASE REPORT)

ABSTRACT

In this article, a case of peripheral ameloblastoma, a very rare odontogenic tumor, is reported. The fact that the patient was a woman and her age was in the lower limit due to literature was interesting. The clinical and microscopic findings of our case is compared to those of literature. The etiologic features and methods of therapy are discussed. The therapy and control results one year after the surgery are reported.

Key word: Peripheral ameloblastoma.

GİRİŞ

Diş için özgün sayılan hücreleri ve onların ürünlerini (dentin, mine, sement) içeren oluşumlara odontojen tümörler denir (9).

Ameloblastomalar, indüksiyonsuz epitelyal odontojen tümörlerden olup tüm ağız tümörlerinin % 1'ini oluştururlar. Mandibulada, maksillaya göre % 80 oranında daha siktir ve genellikle çenelerin arka bölümlerinde görülürler (6,9).

Çene kemiğinden kökenini alan santral ameloblastomaların aksine, kemik dışı lokalizasyon gösteren periferik ameloblastomalar oldukça nadir görülürler. Bunlar yalnızca çenelerde alveol kemiğini örten mucoza üzerinde ortaya çıkarlar (1,4,5,6,10).

Literatürde oldukça az rastlanması nedeni ile polikliniğimizde teşhis ve tedavisini yaptığımız bir periferik ameloblastoma olgumuzu yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU

Hasta 24 yaşında bir bayandı. İki ay kadar önce alt sağ kanin ve I. premolar bölgesinde, dişetindeki şişlik nedeni ile polikliniğimize müracaat etmişti. Hastanın ağız içi muayenesi sonucunda, bu dişlerin vestibülündeki yapışık dişetinde leblebi büyüklüğünde, sertçe bir şişlik saptandı. Radyografisinde aynı bölgede çok hafif kemik rezorpsiyonu izlendi (Resim 1).

Lezyonun tedavisi için, lokal infiltratif anestezi ile bölgenin hissizliği sağlandı. Dişeti kenar ensizyonu ile mukoperiosteal lambo kaldırıldı ve patolojik oluşum total olarak çıkartıldı, lambo tekrar yerine konarak sütüre edildi. Hastaya antibiyotik, analjezik verildi. Bir hafta sonra kontrole çağrıldı. Materyal incelenmek üzere, İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji Bilim Dalı'na gönderildi.

Ameliyat materyali 1,5 x 1 x 0,8 cm ölçülerinde, katı kıvrımlı, kesiti beyaz renkli tek bir doku parçasın-

(* Prof. Dr. İ.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı

(**) Prof. Dr., İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü, Tümör Patolojisi Bilim Dalı

(***) Doç. Dr. İ.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı

(****) Doç. Dr. İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü, Onkolojik Sitoloji Bilim Dalı

(***** Y. Doç. Dr. İ.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı

(***** Dr. İ.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı

Resim 1. Hastanın ameliyat öncesi radyografisinde alt sağ 3 ve 4 nolu dişler arasında çok hafif kemik rezorpsiyonu görülmekte.



dan oluşuyordu. Mikroskopisinde, kollagen liflerden zengin bir bağ dokusu içinde odontojen epitel hücrelerinden oluşan kitleler görülmekteydi. Bu kitleler çevrede ameloblastları taklid eder, ortada ise mine pulpasını anımsatan yıldız biçiminde hücrelerden oluşmaktaydı (Resim 2). Mikroskopik tanı "Ameloblastoma" idi (Prot No: 511/87).

Bunun üzerine hasta 3 ayda bir kontrole çağrılarak yakın takibe alındı. Bir yıl sonundaki kontrolde hastanın herhangi bir şikayeti olmadığı, radyografisinde kemiğin tamamen normal görünümde olduğu saptandı (Resim 3).

TARTIŞMA

Çok seyrek görülen odontojen tümörlerden olan periferik ameloblastomalar ilk defa Stanley ve Krogh tarafından 1959 yılında ayrıntılı olarak bildirilmiştir (8).

Periferik odontojen tümörler oldukça ender rastlanan tümörlerden olup dişetinde görülürler. Periferik ameloblastomaya, öteki periferik odontojen tümörlere oranla daha sık rastlanır (7). Horowitz'e (4) göre 1987 yılına kadar yaklaşık 22 olgu yayınlanmıştır.

Odontojen tümörlerin farklı tiplerine ek olarak periferik terimi, genellikle santral lokalizasyon gösteren tümörlerin kemik dışı lokalizasyonunu tarif etmek için kullanılmıştır (4).

Gardner (3), 21 hastadan oluşan serisinde periferik ameloblastomalarda ortalama yaşın 51,35 olduğunu ve 25 ile 92 arasında değişen yaşlarda ortaya çıktığını saptamıştı. Kemik içi ameloblastomaların ortalama yaşı ise 35'ti. Periferik lezyonların daha geç dönemde ortaya çıkması hayli ilginçti. Horowitz'e (4)

Resim 2. Olgunun mikroskopisinde bağ dokusu içinde ameloblastlar ve mine pulpasını andıran hücrelerden oluşan kitleler görülmekte. H.E.x80.



göre de periferik ameloblastoma genç çocuklar dışında herhangi bir yaşta görülebilmekteydi. Hem periferik, hem de santral tipteki lezyonlara erkeklerde biraz daha fazla rastlanmaktaydı (1,6,9).

Bizim olgumuzda, hastanın 24 yaşında bir bayan olması kaynaklara göre seyrek rastlanan bir özellikti.

Resim 3. Hastanın bir sene sonraki kontrol radyografisi.



Kaynaklarda periferik ameloblastomaların mandibulada ve arka bölümlerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (6,9).

Bizim olgumuzda lezyon, kaynaklara uygun olarak mandibulada yer almıştı, fakat ön bölgede idi.

Etyolojileri konusunda birçok yazar farklı görüşleri sürmektedir. Moskow ve Baden (6) tümörün klinik yapısı ve etyolojisi hakkında kesin fikir belirtmenin zorluğundan bahsetmektedir.

Wesley'e (10) göre santral ameloblastomaların aksine periferik ameloblastomaların etyolojisi tartışmalıdır. Bu tümörlerin yüzey epiteliinden kaynağını alabileceğini düşünen yazar literatürde incelediği 11 olgunun 5'inde tümör ile yüzey epiteli arasında direkt bir ilişki göstermiştir. Ancak bunu ispat etmek zordur, çünkü tümör hücrelerinin yukarı doğru büyümesi sonucu, yüzey epiteli ile tümör arasında bir kaynaşma, fusion olabilir. Bu yüzden yazar periferik ameloblastomayı tamamen kemik dışında, yüzey epiteli ile çok yakın komşulukta olan fakat onunla direkt ilişkili olmayan neoplazmalar olarak tarif etmiştir.

Anneroth (1), tartışmaların çoğunlukla tümör ile yüzey epiteli arasında bir ilginin olup olmadığı konusunda yoğunlaşmakta olduğunu söylemiştir. Bazı vakalarda tümör ile yüzey epiteli fibröz bir bağ dokusu ile ayrılmıştır ve bu Wesley'in (10) teorisine uymaktadır.

Horowitz'e (4) göre de bu tümörlerin etyolojisi hala tartışmalıdır. Yazar bu tümörlerin ya epitelyal dental lamina artıklarından ya da oral mukozayı döşeyen bazal hücrelerden kaynağını aldığını düşünmektedir.

Wesley (10), periferik ameloblastomaların dental lamina artıklarından ve mine organından da kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür.

Bizim olgumuzun mikroskopisinde yüzey epiteliyle ilişki saptanmadı. Bu nedenle tümörün dental lamina artıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Periferik ameloblastomalar kemik dışında geliştikleri için radyografik olarak patolojik bulgu saptanamamaktadır. Klinik olarak da altındaki kemiği etkilediğine dair bir bulguya rastlanmamıştır. Yalnız geç

farkedilen olgularda, tümörün basıncına bağlı olarak kemikte az da olsa bir rezorpsiyon meydana gelebilmektedir (3).

Bizim hastamızın radyolojik incelenmesinde de kemikte çok hafif bir rezorpsiyon saptandı.

Periferik tümörlerin büyük bir kısmının klinik tanısında histopatolojik araştırmaya ihtiyaç vardır. Dişetinde iltihapsal hiperplazi ve tümöre benzer oluşumlara çok sık rastlanmaktadır. Bu nedenle periferik ameloblastoma gibi ender tümörler özellikle küçük oldukları zaman kolaylıkla gözden kaçabilmektedirler.

Periferik ameloblastomaların, diğer periferik odontojen tümörler; periferik gölge hücreli odontojen tümör, periferik adenomatoid odontojen tümör (PAOT), periferik kalsifiye epitelyal odontojen tümör (PCEOT), odontojen gingival hamartoma, iltihapsal ve tümöre benzer oluşumlar ve gingival kistlerle ayırıcı tanısı yapılmalıdır (2,4,9).

Olgumuzda da kesin tanı, mikroskopik incelemeden sonra konabilmektedir.

Santral ameloblastomaların lokal invazif ve agresif bir karakterde olmaları ve tedavilerinde blok veya parsiyel rezeksiyon gibi radikal tedavilerin ön planda olmasına karşın, periferik ameloblastomalarda bu agresif biyolojik potansiyel bulunmamaktadır. Tedavilerinde çoğu zaman uygun sınırlar içinde yapılan konservatif cerrahi girişim yeterli olmaktadır (1,6,9).

Moskow ve Baden (6) ile Wesley'e (10) göre periferik odontojen tümörler agresif biyolojik davranış göstermezler ve tedavilerinde radikal cerrahi yöntemler yerine, daha konservatif yaklaşmakta hasta açısından fayda vardır. Ayrıca sıkı kontroller her zaman zorunludur. Bugün periferik ameloblastoma hakkındaki bilgiler hala kesinlik kazanmamıştır.

Olgumuzda lezyon, periferik olduğu ve radyolojik olarak kemikte ileri bir rezorpsiyona yol açmadığı için konservatif yaklaşımla total olarak çıkartılmış ve sık kontrollerle izlenmesi uygun görülmüştür. Bir sene sonraki kontrolümüzde klinik ve radyolojik herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Anneroth, G., Johansson, B.: Peripheral ameloblastoma, *Int. J. Oral Surg.* 1985 14: 295.

2. Çöloğlu, A.S.: Odontogenic hamartoma in the gingiva, *Periodontol. Derg.*, 1977 2:5.

3. Gardner, D.G.: Peripheral ameloblastoma: A study of 21 cases including 5 reported as basal cell carcinoma of the gingiva, *Cancer*, 1977 39: 1625.

4. Horowitz, I., Hirshberg, A., Dayan, D.: Peripheral ame-

loblastoma- a clinical dilemma in gingival lesions, *J.Clin. Periodontol.*, 1987 **14**: 366.

5. Ide, F., Saito, I., Umemura, S.: Peripheral ameloblastoma: A case report, *J.Periodontol.*, 1982 **54**: 173.

6. Moskow, B.S., Baden, E.: The peripheral ameloblastoma of the gingiva, *J. Periodontol.*, 1982 **53**: 736.

7. Shafer, W.G., Hine, M.K., Levy, B.M.: A textbook of Oral Pathology, 4th edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1983.

N. Timoçin, G. Erseven, O. Gümriü, C. Alaltı, B. Öner, S. Yalçın

8. Stanley, H.R., Krogh, H.W.: Peripheral ameloblastoma report of a case, *Oral Surg.*, 1959 **12**: 760, (Lit.5'ten naklen alınmıştır.)

9. Tahsinoğlu, M., Çöloğlu, S., Erseven, G.: Odontogen Tümörler, İ.Ü. Dişhek. Fak. Rek. No: 2812, Fak.No: 35, Bozok Matbaası, 1981.

10. Wesley, R.K., Borninski, E.R., Sheldon, M.: Peripheral ameloblastoma-report of case and review of the literature, *J.Oral Surg.*, 1977 **35**: 670.