

AMELOBLASTİK FİBRO-ODONTOMA: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

AMELOBLASTIC FIBRO-ODONTOMA: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Dt. Şule Nur KURT*

Yrd. Doç. Dr. Özgür ERDOĞAN **

Doç. Dr. Aysun UĞUZ***

Makale Kodu/Article code: 361
Makale Gönderilme tarihi: 27.07.2010
Kabul Tarihi: 22.10.2010

ABSTRACT

ÖZET

Ameloblastik fibro-odontoma, ender görülen, yavaş büyüyen, iyi huylu, miks bir odontojenik tümördür. Bazı yazarlar bu patolojinin gerçek bir neoplazmdan çok bir hamartom olduğuna inanmaktadır. Lezyon genellikle asemptomatiktir ve rutin radyografik muayenede tesadüfen fark edilir. Sıklıkla mandibular molar bölgede ve yaşamın birinci veya ikinci on yılında oluşur. Radyografik olarak, ameloblastik fibro-odontoma iyi sınırlı, miks, (radyopak ve radyolusent) kitle görüntüsü verir. Lezyon genellikle enükleasyon ile tedavi edilir. Rekürrens nadirdir.

Olgu: Bu makalede 16 yaşındaki kadın hastada, mandibuler posterior bölgede tesadüfen fark edilen ameloblastik fibro-odontoma olgusunun klinik, radyografik ve histopatolojik özellikleri tartışılmaktadır.

Tartışma: Çocuklarda ve gençlerde radyopak ve radyolusent miks görüntü veren lezyonların ayırıcı tanısında ameloblastik fibro-odontoma, kalsifiye odontojenik kist, adenomatoid odontojenik tümör ve compound odontoma göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ameloblastik fibro-odontoma, mandibula, odontojenik tümör

The ameloblastic fibro-odontoma is a rare, slow growing, benign, mixed odontogenic tumor. Some authors believe that this pathology is not a true neoplasm but a hamartoma. This lesion is commonly asymptomatic and discovered serendipitously during routine radiographic examination. It occurs more frequently in the mandibular molar region and at the first or second decade of the lifespan. Radiographically, ameloblastic fibro-odontoma demonstrates a well circumscribed mixed radiopaque and radiolucent mass. The lesion is generally treated by enucleation. Recurrence is rare.

Case: We report an ameloblastic fibro-odontoma that was noticed incidentally in the mandibular posterior region of a 16-year-old girl. In this report, clinical, radiographical, histopathologic features of the lesion and contemporary treatment options are discussed as well.

Discussion: The differential diagnosis of a mixed radiolucent/ radiopaque lesion in the jaws of a child or adolescent should include ameloblastic fibro-odontoma along with adenomatoid odontogenic tumor, compound odontoma and calcifying odontogenic cyst.

Key Words: Ameloblastic fibro-odontoma, mandible, odontogenic tumor

GİRİŞ

Ameloblastik fibro-odontoma (AFO) nadir görülen, yavaş büyüyen, iyi huylu, miks bir odontojenik tümördür. Lezyon genellikle asemptomatiktir ve rutin radyografik muayenede tesadüfen fark edilir. Sıklıkla

mandibular molar bölgede ve yaşamın birinci veya ikinci on yılında oluşur. Bazı araştırmacılar bu lezyonun sadece odontomanın gelişimindeki aşamalardan biri olduğuna ve ayırıcı bir özellik taşımadığına inanmaktadır¹. AFO'nun tüm odontojenik tümörler arasında görülme oranı %1- 3 arasındadır².

* Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana.

** Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana.

*** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Adana.



Histolojik olarak AFO, ameloblastik fibroma ve odontomanın özelliklerini taşır. Histopatolojik olarak ektomezenşim içinde yer alan odontojenik epitelyum adaları, kıyılar ve içciklerinden oluşur. Sert yapılar enamel matrikse ek olarak dentin benzeri materyal veya osteodentinden oluşur³. Tek başına histopatolojik değerlendirme ayırıcı tanı için yeterli değildir.

Radyografik olarak, sınırları iyi ayırt edilebilen, miks, radyopak ve radyolusent kitle görüntüsü verir. Lezyon genellikle enükleasyon ve küretajla tedavi edilir⁴. Rekürrens oldukça ender görülür. Klinik olarak AFO ağrısız, yavaş büyüyen ve genişleyen bir tümör olarak kendisini gösterir². AFO'ların %83'ünde sürme-miş bir diş bulunur.

Bu makalede mandibuler posterior bölgede lokalize bir ameloblastik fibro-odontoma olgusu sunulmuştur.

OLGU

16 yaşındaki kadın hasta, ortodontik tedavisi esnasında yapılan rutin radyografik muayenede, sol mandibuler posterior bölgede fark edilen, asemptomatik kitlenin değerlendirilmesi için Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D.'na başvurdu. Hastanın ilgili bölgeye yönelik herhangi bir şikayeti yoktu.

Yapılan klinik muayenede yüzde asimetri, şişlik, kızarıklık, palpasyonda hassasiyet, dişlerde yer değiştirme, uyuşukluk veya lenfadenopatiye rastlanmadı. İlgili bölgede mukozanın sağlıklı olduğu görüldü.

Panoramik radyografide sol mandibuler posteriorunda, sınırları belirgin, radyolusent bir halkayla çevrili, miks, radyopak ve radyolusent bir kitle gözlemlendi (Resim 1). Lezyonla ilişkili gömülü bir diş varlığına rastlanmadı. Lezyonun çevre anatomik yapılarla ilişkisini değerlendirmek için hastadan konik hüzmeli bilgisayarlı tomografi (CBCT) görüntüleri alındı. Yapılan incelemede, koronal CBCT kesitinde lezyonun infero-lingual bölgesindeki kortikal kemikte yıkım olduğu ve inferior alveoler sinirin lezyonun bukkalinde yerleştiği görüldü (Resim 2A). Lezyonun en geniş boyutu 19,8 mm olarak ölçüldü (Resim 2B).

Hastanın ailesinin yazılı onamı alınarak lezyonun enükleasyon ile tedavisi kararlaştırıldı. Genel anestezi altında intra-oral yolla, krestal insizyon yapılarak ilgili bölgeye ulaşıldı (Resim 3A). Yüzeideki kortikal kemik, pencere tarzında, açılarak kitle açığa çıkartıldı. Kitle, çevre kemikten kolayca ayrılarak

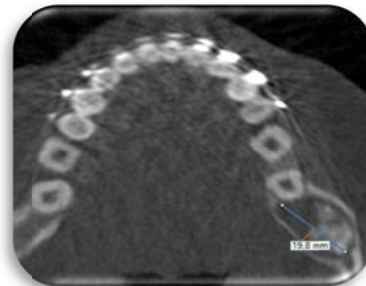
enükle edildi ve elde edilen spesimen histopatolojik inceleme için patoloji bölümüne gönderildi (Resim 3B). Inferior alveoler sinir lezyon sınırında, bukkal kortikal kemik içinde izlendi ve bütünlüğü korundu. Son olarak kemik kavitesinde çelik rond frezle periferal ostektomi uygulanarak yapıldı ve flep primer suture edildi. Hasta aynı gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Hastaya postoperatif, perioral amoksisilin, klorheksidin ağız gargarası ve analjezik reçete edildi. 1 hafta sonra süturlar alındı. Erken postoperatif dönemde herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı.



Resim 1. Panoramik radyografide sol mandibuler posterior bölgedeki lezyonun görüntüsü



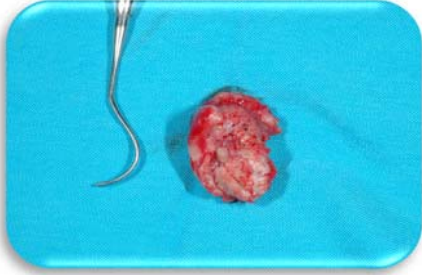
Resim 2.A. Koronal CBCT kesitinde lezyonun radyopak ve radyolusent kısımlarınının görüntüsü. Mavi ok. Inferior alveoler sinirin lezyonun bukkalindeki yerleşiminin görüntüsü



Resim 2.B. Aksiyel CBCT kesitinde lezyonun en geniş boyutunun (19,8mm) görüntüsü



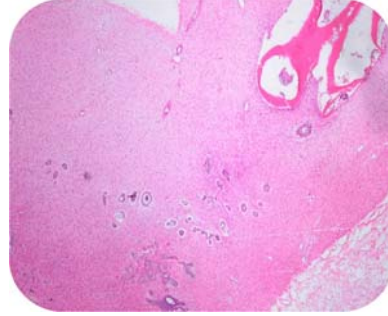
Resim 3.A. Lezyonun operasyon esnasındaki görüntüsü.



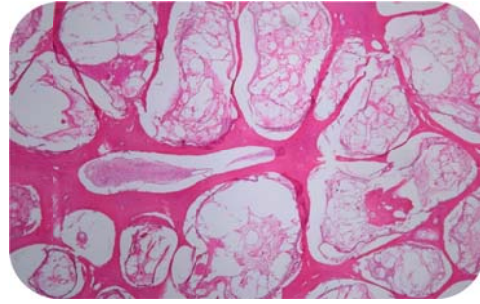
Resim 3.B. Eksizyonel biyopsi ile çıkarılan spesimenin görüntüsü

Histopatolojik incelemede dentin ve mine dokusu ile birlikte fibröz bir stromaya yerleşmiş odontojenik epitelyum adaları (Resim 4A) ve odontojenik komponent içeriği (Resim 4B) görüldü. Bu histolojik görüntü nedeniyle tanı ameloblastik fibro-odontoma olarak konuldu.

Hastanın ilk 6 aylık takibi sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hasta, bu süre içinde inferior alveoler sinir hasarıyla ilişkili bir şikayet bildirmemi.



Resim 4.A. Dentin ve enamel dokusu ile birlikte fibröz bir stromaya yerleşmiş odontojenik epitelyum adalarının görüntüsü (HEEx40)



Resim 4.B. Dekalsifiye kesitte tümörün odontojenik komponentinin görüntüsü (HEEx100)

TARTIŞMA

AFO nadir görülen, odontojenik bir tümördür. Bu lezyon tüm odontojenik tümörlerin yaklaşık %3,1'ini oluşturur ve ortalama 9 yaş civarında görülür⁵. Philipsen ve arkadaşları yaptıkları bir derlemede 86 AFO olgusundan sadece bir tanesinin 20 yaşın üzerinde olduğunu bildirmişlerdir³. Erkmen ve ark. 31 yaşındaki bir hastada AFO olgusu rapor etmişlerdir⁶. Bu makalede bildirdiğimiz hasta da literatürle uyumlu olarak 20 yaşın altındadır (16 yaşında).

Çocuklarda ve gençlerde radyopak ve radyolucent miks görüntü veren lezyonların ayırıcı tanısında ameloblastik fibro-odontomanın yanı sıra kalsifiye odontojenik kist, adenomatoid odontojenik tümör ve kompond odontoma göz önünde bulundurulmalıdır^{7, 8, 9}. Slootweg, AFO'nun immatür kompleks odontoma olduğunu düşünmektedir¹⁰.

Ameloblastik fibro-odontoma iyi enkapsüle olduğu ve lokal invazyon eğilimi az olduğundan olduğu için tedavisinde enükleasyon ile konservatif cerrahi önerilir¹¹. Genelde lezyonla ilişkili diş enükleasyon esnasında çekilir⁶. Bazı yazarlar diş çekmeden lezyonu başarıyla enükle ettiklerini bildirmişlerdir^{12, 13}. Bununla

beraber yakın zamanda Furst ve arkadaşları etkilenen mandibuler 1. molar dişi çekmeden enükle ettikleri AFO'nun nüks ettiğini bildirmişlerdir⁵. Bu makalede bildirilen olguda literatürde bahsedildiğinin aksine AFO ile ilişkili gömülü bir diş yoktu. Operasyon sırasında lezyona komşu mandibuler 2. molar diş ile lezyon arasında sağlıklı kemik izlendiği ve dişte mobilite olmadığı için bu dişin çekimi düşünülmeydi. Yerleşiminden dolayı bu olguda lezyonun mandibuler 3. molar diş germinde geliştiği düşünüldü.

AFO'nun malign transformasyonu ender görülmesine rağmen Howell ve Burkes 2 AFO olgusunun ameloblastik fibro-sarkoma'ya malign transformasyon gösterdiğini rapor etmişlerdir¹⁴.

Bu makalede sunulan olguda, inferior alveoler sinir küretaj süresince rezidüel kavitenin bukkal duvarında izlenmiş ve bütünlüğü korunmuştur. Inferior alveolar sinirin tümör ile direk ilişkili olduğu bu gibi durumlarda, hasta rekürrens riskine karşı uzun süre takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Eric RC, Odontogenic Cysts and Tumors. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery
2. Reichart P.A., Philipsen H.P., Gelderblom H.R., Stratmann U. Ameloblastic fibro-odontoma report of two cases with ultrastructural study of tumour dental hard structures. Oral Oncology EXTRA (2004) 40 8-12
3. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 1997;33: 86-99.
4. Kenneth JZ, Peter DW, Ameloblastic fibro-odontoma: expansile mixed radiolucent lesion in the posterior maxilla: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;106:e15-e21.
5. Furst I, Pharoah M, Phillips J: Recurrens of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. J Oral Maxillofac Surg 57: 620,1999
6. Erkmen E, Gümgüm S, Tokman B. Mandibula posteriorunda geniş hacimli odontojenik tümör- Ameloblastik fibro-odontoma. Türkiye Klinikleri J Dental Sci. 2005, 11: 20-23.
7. Silva GC, Jham BC, Silva EC, Horta MC, Godinho SH, Gomez RS. Ameloblastic fibro-odontoma. Oral Oncol 2006;42:217-220.
8. Louis PJ, Fugler RC, August M. Mixed radiolucent/radiopaque lesion of the maxilla. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:86-90.
9. Cohen DM, Bhattacharyya I. Ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and odontoma. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2004; 16: 375-384.
10. Slootweg PJ: Epithelio- mesenchymal morphology in ameloblastic fibro-odontoma; a light and electron microscopic study. J Oral Pathol 9:29, 1980
11. Chang H, Shimizu MS, Precious DS. Ameloblastic Fibro-odontoma: A Case Report. J Can Dent Assoc 2002; 68(4):243-6
12. Friedrich RE, Siegert J, Donath K, Jakel K: Recurrent ameloblastic fibro-odontoma in a 10-year-old boy. J Oral Maxillofac Surg 59: 1362,2001
13. Flaitz CM, Hicks J: Delayed tooth eruption associated with an ameloblastic fibro-odontoma. Pediatric Dent 23: 253, 2001
14. Howell RM, Burkes EJ Jr. Malignant transformation of ameloblastic fibro-odontoma to ameloblastic fibrosarcoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1977; 43(3):391-401.

Yazışma Adresi

Dt. Şule Nur KURT
Çukurova Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız-Diş-Çene Cerrahisi Anabilim Dalı,
01330 Sarıçam/Adana, TÜRKİYE
Tel: +90 322 338 63 54
Faks: +90 322 338 73 31
E-posta: snpurdas@gmail.com

