

BİR GRANÜLER HÜCRELİ AMELOBLASTOMA OLGUSU

Mustafa TÜRKER*

Galip ERGEN**

Selahattin OR**

Ender ERGUN***

Şule YÜCETAŞ*

Odontojenik bir tümör olan ameloblastoma ilk kez 1827 yılında Cusach (3) tarafından çene kistlerinin bir çeşidi olarak tarif edilmiş, daha sonra Durujinsky (4) bunlar için adamantinoma terimini kullanmıştır. 1918 yılında Krompecher (10) granüler hücrelerin varlığını saptamış, 1929 yılında Ivy ve Churchil (9) mine teşekkülü olmadığı için adamantinoma terimine karşı çıkmışlar ve lezyona ameloblastoma adını vermişlerdir. Gorlin ve arkadaşları (6) odontojenik tümörleri sınıflandırırken ameloblastomaları foliküler, pleksiform, akantomatöz, mukoepidermoid, vasküler ve granüler hücreli olmak üzere altı gruba ayırmışlardır. Birçok normal dokuda da sitoplazmik granülleri belirgin hücreler vardır. Paratiroid bezinde oksifil hücreler, tiroid bezinde Hurthle hücreleri, tükürük bezlerinde onkositler, ağız tümörlerinden granüler hücreli myoblastoma, granüler hücreli ameloblastik fibroma ve konjenital epulisde granüler hücreler görülür. Nevarette ve Smith (13), bu lezyonlarda görülen granüllerin epiteliyal kaynaklı olduğunu gözlemişlerdir. Radyolojik olarak diğer ameloblastomalara benzeyen granüler hücreli ameloblastomada lezyon sınırları, belirgin olmayan uniloküler veya multiloküler radyolüsent görünümündedir.

Literatürde bugüne kadar 60 granüler hücreli ameloblastoma olgusu bildirilmiştir. Lezyonun ender görülmesi, ilginç bir histopatolojik yapı içermesi ve dentoalveoler dokuda özellikle diş etlerinde hipertrofi meydana getirmesi nedeniyle olgumuzu bildirmeyi uygun bulduk.

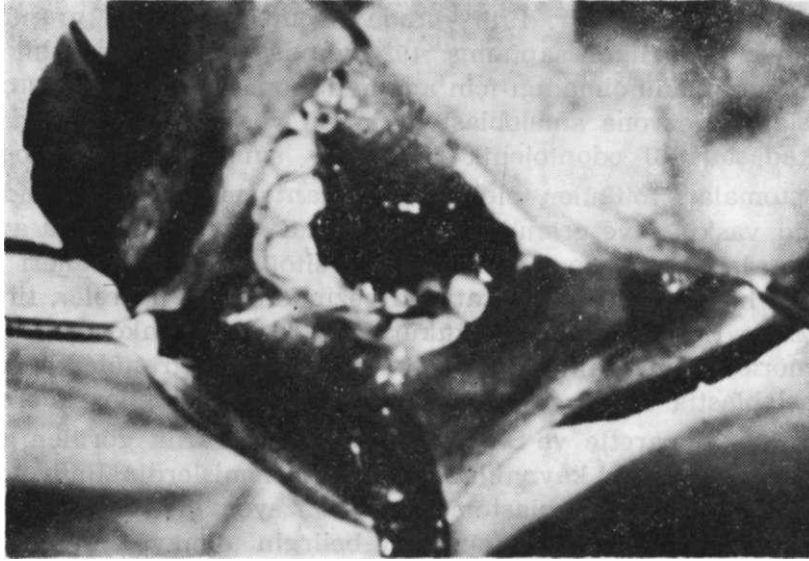
(*) G.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız ve Çene Cerrahisi Öğretim Üyesi.

(**) A.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız ve Çene Cerrahisi Öğretim Üyesi.

(***) A.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız Patolojisi, Yrd. Doç.

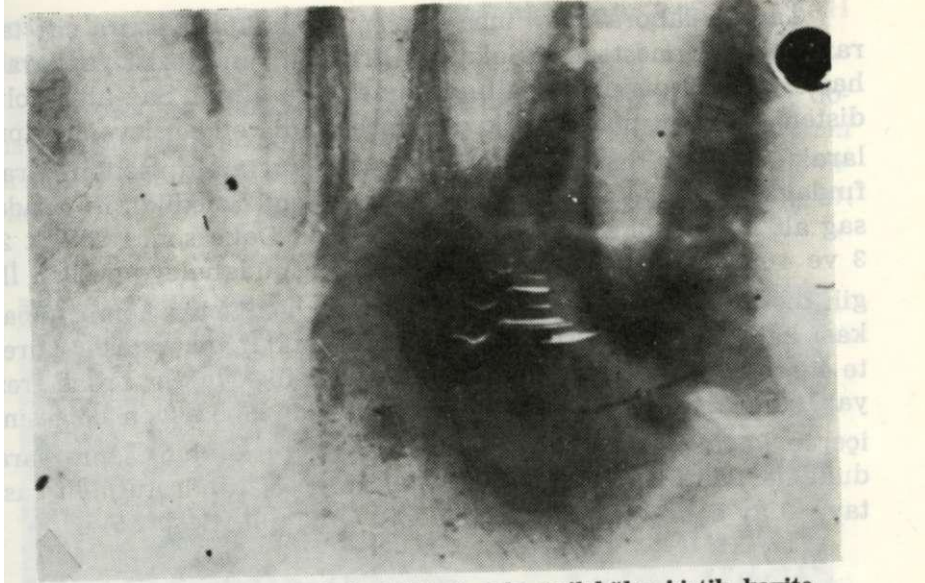
OLGU BİLDİRİMİ

K.E. adlı 47 yaşındaki erkek hasta alt kesici dişlerde renk değişikliği, bu bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan intraoral klinik muayenede hipertrofik diş etleri ile, sağ alt 1, 2, sol alt 1 nolu dişlerin devital oldukları ve bunların altında sınırları belirgin, yüzeyi düzgün, füluktan olmayan ancak basıldığında krepitasyon alan bir şişliğin bulunduğu görüldü. Sol alt 2, 3 ve 4 nolu dişler vitaldi ve bu dişlerin hem vestibül hem de lingual tarafında yüzeyi düzgün olmayan, sınırları belirsiz sert bir kitle saptandı (Resim 1).

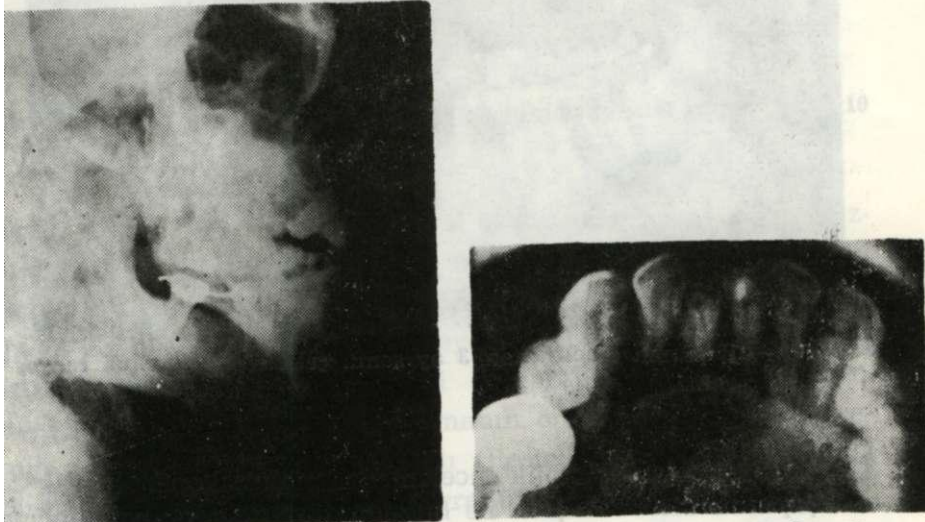


Resim 1 — K.E. adlı hastanın intraoral görünümü.

Radyolojik incelemede sağ alt 1, 2 ve sol alt 1 nolu dişlerin altında ünilocüler, yuvarlak kistik bir kemik kavitesi gözlemlendi. Bu dişlerin köklerinin bir kısmı kavitenin içersinde bulunuyordu fakat kök uçlarında rezorbsiyon yoktu (Resim 2). Sol alt 2, 3 ve 4 nolu dişlerin kök çevresinde sabun köpüğü görünümünde yuvarlak kistik boşluklar mevcuttu (Resim 3, 4).

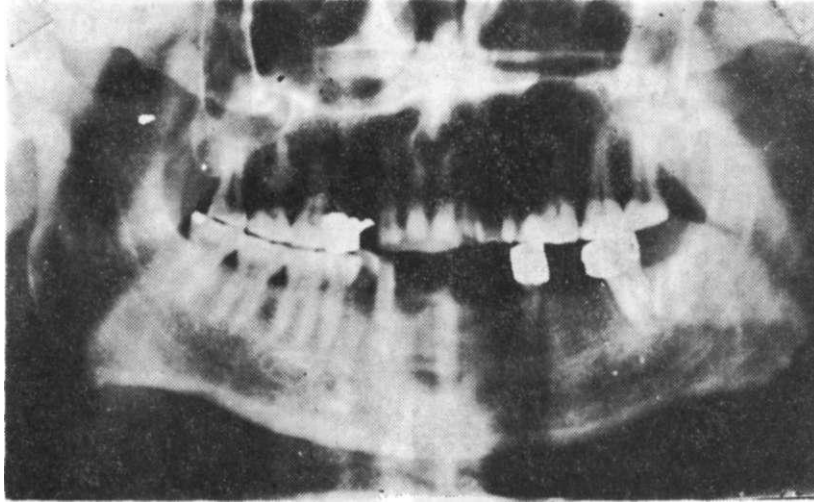


Resim 2 — Alt santral dişlerin köklerindeki ünilocüler kistik kavite.



Resim 3 - 4 — Sol alt kesici ve premolar dişlerin kök çevresinde sabun köpüğü şeklinde kistik boşluklar.

Gerekli laboratuvar incelemeler yapıldıktan sonra çift taraflı mental anestezi ve lokal infiltrasyon anestezi yapılarak hasta cerrahi disiplinler altında ameliyata alındı. Sağ alt 4 nolu diştten sol alt 6 nolu dişe kadar serbest diş eti ensizyonu yapılarak lambo kaldırıldı, ünloküler kistik kavitenin vestibül tarafındaki incelmış kemik alındı ve lezyon enlikle edildi. Bu arada sağ alt 1,2 ve sol alt 1 nolu dişler çekildi. Daha sonra sol alt 2, 3 ve 4 nolu dişler bölgesindeki kitle için müdahaleye geçildi. İlgili dişler çekildikten sonra vestibülden geniş bir kemik tabakası kaldırılarak çeşitli büyüklükteki odaklar teker teker kürete edildi. Özellikle lingual taraftaki küçük odaklar rond frez yardımı ile temizlendi. Kistle beraber tüm operasyon bölgesini içeren kemik yüzeyi düzgün bir hale getirildikten sonra yara dudakları sütürle kapatıldı. Sürekli kontrol altında tutulan hastaya 3 ay sonra bir defekt protez uygulandı (Resim 5).

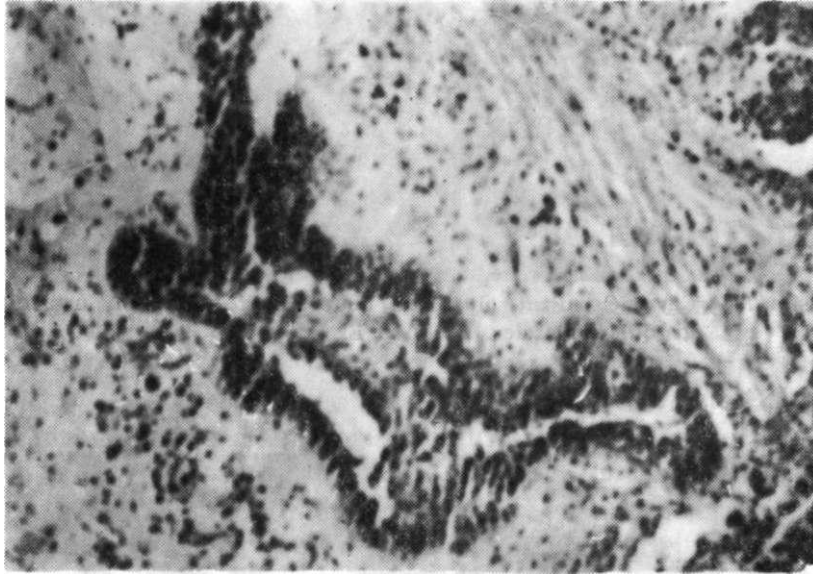


Resim 5 — Hastanın ameliyattan 3 ay sonra çekilen panoramik radyografisi.

Yapılan histopatolojik incelemede makroskopik olarak 2 cm. çapında kistik oluşum ile büyüğü 15x10x5 mm. boyutlarında düzensiz 6 adet kemik dokusu ve 5 adet alt kesici diş saptandı. Sert dokular Pereny solüsyonunda dekalsifiye edildi. Tüm

kesitler hematoksilin eozin ve gerekli olanlarda PAS ve PTAH boyası ile boyandı.

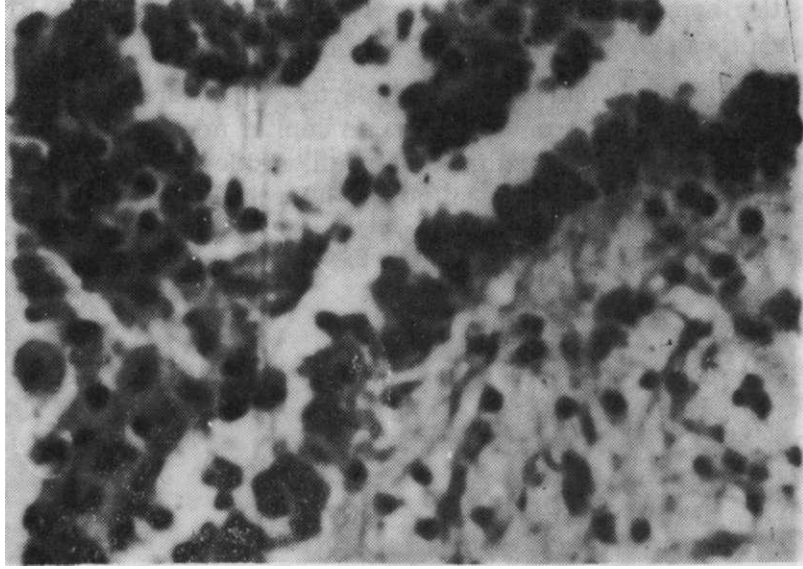
Mikroskopik olarak bazı sahalarda birbirlerinden bağ dokusundan oluşan stroma ile ayrılan epitel adaları ve bunların perilerinde palizatik dizilim oluşturan, nukleusları bazal membrandan uzakta yer alan silindirik hücreler izlendi (Resim 6).



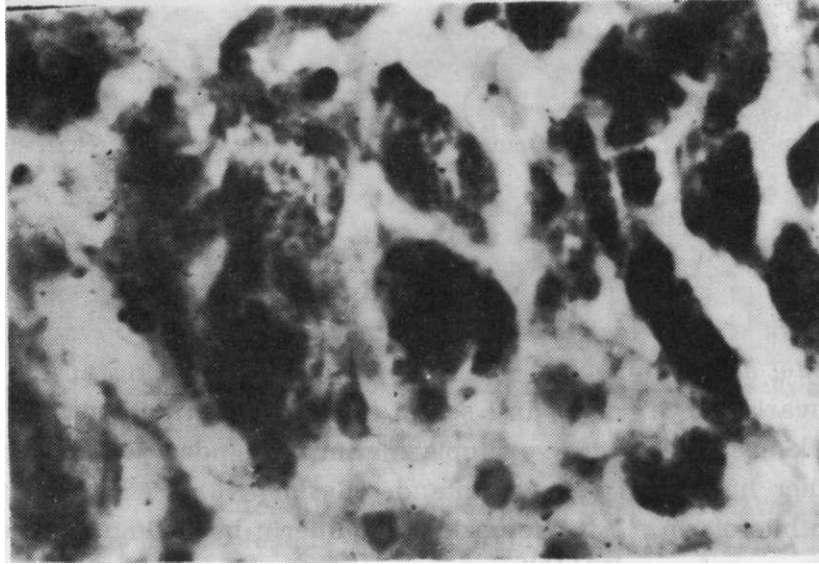
Resim 6 — Bağ dokusu stroması içinde odontojenik epitel hücreleri. 10x10 H.E.

Epitel adalarının içinde polihedral şekilli nükleus içeren yıldızsı retiküluma benzer hücrelerin varlığı gözlemlendi. Bu görünümü ile foliküler ameloblastomaya benziyordu. Bazı sahalarda ise epitel adalarının içini kısmen veya tamamen dolduran büyük yuvarlak veya polihedral şekilli eozinofilik granüller içeren, nukleusları piknotik ve sitoplazmanın ortasında yer alan granüler hücrelerin varlığı saptandı (Resim 7, 8). PAS boyasında bu hücrelerin içerisinde pozitif granüllerin bulunduğu ve kesitlere uygulanan PTAH boyasının negatif olduğu izlendi. Sonuçta granüler hücreli ameloblastoma olduğu saptandı.

GRANÜLER HÜCRELİ AMELOBLASTOMA



Resim 7 — Çevrede palizat oluşturan odontojenik hücrelerin ortasındaki granüler hücreler. 10x10 H. E.



Resim 8 — Granüler hücrelerin büyük büyütmedeki görünümleri. 10x10 H.E.

TARTIŞMA

Granüler hücreli ameloblastoma oldukça az rastlanan bir tümördür. Hartman ve Colonel (8) 13000 odontojenik tümör içinde saptadıkları 408 ameloblastoma olgusundan ancak 20'sinin granüler hücreli ameloblastoma olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacılar bu olguların 21 - 65 yaş grupları arasında gözlendiğini, ortalama yaşın 40.7 olduğunu belirtmişler ve bunun diğer tip ameloblastomalardan 8 yaş daha fazla görüldüğünü vurgulamışlardır da Thoma (7), böyle bir farkın olmadığını ileri sürmüştür. Small ve Waldron (14) ise tüm ameloblastomalarda ortalama yaşın 32.7 olduğunu bildirmişlerdir. 47 yaşında olan hastamız Hartman ve Colonel'in bulguları ile uyum göstermektedir. Sekse göre dağılımda erkeğin kadına oranınının 1/2.5 olduğu bildirilmiştir (8). Literatürün incelenmesinde tümör lokalizasyonunun en fazla mandibulada ve arka bölgede gözlenmesine karşın bizim olgumuzda yine mandibulada fakat ön bölgede yer almıştır (8,11).

Cahn ve Bailey (1,2) ameloblastomaların radyolojik olarak kist görünümünde olabileceğini bildirmişlerdir. Olgumuzda sağ alt 1, 2 ve sol alt 1 nolu dişlerin altında ünloküler, sol alt 2, 3 ve 4 nolu dişlerin altında multiloküler iki ayrı kistik görünüm saptanmıştır. Ünloküler olanının ameliyat sonrası yapılan histopatolojik incelemede radiküler bir kist olduğu anlaşılmıştır. Ünloküler kistik görünüm veren ameloblastomaların kistten kaynaklandıklarına dair görüşler varsa da olgumuzda ameloblastomanın aynı kavite içinde olmayıp komşu ayrı bir lezyon şeklinde bulunması ilgi çekicidir (16). Bugüne kadar bildirilen olgular arasında kistle komşuluğu olana rastlanmamıştır. Stafne(15) ameloblastomaların komşu olduğu dişlerin köklerinde diğer bazı çene lezyonlarına oranla daha çok rezorbsiyon meydana getirdiğini bildirmiştir. Olgumuzdaki tümöre komşu dişlerin rezorbsiyon göstermemeleri bu görüşü doğrulamaktadır.

İyi huylu tümörlerin arasında yer almalarına karşın bu lezyonlarda nüks oranı yüksektir. Bu nedenle cerrahi müdahalenin genişliği konusunda farklı görüşler vardır. Bazı araştırmacılar enükleasyonu önerirlerken diğerleri parsiyel çene rezeksiyon-

larını tavsiye etmektedirler (12,17). Bizim olgumuzda lezyonun nisbeten küçük olması nedeniyle enükleasyon tercih edilmiştir.

Genel olarak granüler hücreli ameloblastomadaki granüler hücrelerin odontojenik epitel kaynaklı olduğu ve bu hücrelerin kolumnar ve yıldızlı hücreler arasındaki geçişin histolojik görünümünü oluşturduğu kabul edilir. Bazı araştırmacılar bu hücrelerin odontojenik hücrelerin dejenerasyonu sonucu meydana geldiğini savunmuşlardır (6, 11). Gold ve Christ (5) bazal tabakada görülen granüler hücrelerin dejeneratif değişiklik olmayıp metabolik bir olay sonucu oluştuğunu bildirmişlerdir. Navarette ve Smith (13) bu sitoplazmik granüllerin lizozom olduğunu belirtmişlerdir. Olgumuzda yapılan histokimyasal araştırmada bu granüler hücrelerin PAS pozitif granülleri içermesi ve PTAH boyasında negatif boyanma göstermesi bunların lizozomal kaynaklı olduğunu kanıtlamaktadır. Hartman ve Colonel (8) granüler yapı transformasyonunun foliküler tip ameloblastomada görüldüğünü bildirmişlerdir. Lucas (11) ise granüler hücrelerin folikül içinde ya tek tek ya da geniş kümeler halinde oluştuğunu ve yassı retikülumun tümünü kapladığını belirtmiştir. Tek olgumuzda foliküler tip ameloblastoma ile birlikte epitel adalarının bazılarında granüler hücrelerin yıldızlı retikülum hücrelerinin yerini aldığı görülmüştür.

ÖZET

Granüler hücreli ameloblastoma, odontojenik tümörlerden ameloblastomalar arasında oldukça nadir rastlanan bir tiptir. Bu tümörün kadınlarda ve orta yaşlarda daha fazla görüldüğü, genellikle mandibulada ve arka bölgede gözlendiği bildirilmiştir.

Radyolojik olarak lezyon sınırları belirgin olmayan uniloküler veya multiloküler radyolüsent görünümündedir. Histopatolojik olarak granüler hücreli ameloblastomadaki granüler hücrelerin odontojenik epitel kaynaklı olduğu ve bu hücrelerin kolumnar ve yıldızlı hücreler arasındaki geçişin histolojik görünümünü oluşturduğu kabul edilmektedir. Nüks oranının yüksek

oluşu cerrahi müdahalenin genişliği konusunda farklı görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

SUMMARY

« • *A Case of Granular - celi Ameloblastoma* »

Granular - celi ameloblastoma is a rare type of ameloblastomas, which are odontogenic tumors. It has been reported that, this tümör is encountered more frequently in the middle aged women and located in the posterior region of the mandible.

Radiologically, the lesion is radiolucent, unilocular or multilocular, with undefined margins.. Histopathologically, it is believed that, the granular cells originate from the odontogenic epithelium, and they form the histological appearance of the transition between columnar and stellate reticulum cells. Different ideas appear on the extent of the surgery since the rate of recurrence is very high.

LİTERATÜR

1. Bailey, J.W. : Dentigerous Cyst with Ameloblastoma : Report of a Case. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 4 : 1122-1126, 1951.
2. Cahn, L.R. : The Dentigerous Cyst is a Potential Adamantinoma. *Dent. Cosmos* 75 : 889-893, 1933.
3. Cusach, J.W. : Report of the Amputation of Portions of the Lower Jaw. *Dublin Hosp. Rec.*, 4 : 1, 1827.
4. Gold, L., Christ, T. : Granular Celi Odontogenic Cyst. *Oral Surg.* 29 : 437-442, 1970.
5. Gorlin, R.J., Chaudhry, A.P., Pindborg, J.J. : Odontogenic Tumors Classification, Histopathology and Clinical Behavior in Men and Domesticated Animals. *Cancer*, 14 : 73-101, 1961.
6. Gorlin, R.J., Goldman, H.M. : Thoma's Oral Pathology. The C.V. Mosby Co. St. Louis, Vol. 2, 481-515, 1970.
7. Hartman, K.S., Colonel, L. : Granular-cell Ameloblastoma. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 38 : 241-253, 1974.
8. Ivy, R.H., Churchill, H.R. : The Need of a Standardized Surgical and Pathological Classification of the Tumors and Anomalies of Dental Origin. *Trans Am. Ass. Dent. Sch.*, 240, 1930.
9. Krompecher, E. : Zur Histogenese und Morphologie der Adamantinode und Sonstiger Kiefergeschwulst. *Beitr. Path. Anat.*, 64 : 165, 1918.
10. Lucas, R.B. : Pathology of Tumors of the Oral Tissues. Churchill Livingstone, 3. Ed., s. 30-99, 1976.
11. Mehlich, D.R., Dahlin, D.C., Masson, J.K. : Ameloblastoma : A Clinicopathologic Report. *J. Oral Surg.*, 30 : 9-22, 1972.
12. Navarette, A.R., Smith, M. : Ultrastructure of Granular-cell Ameloblastoma. *Cancer*, 27 : 948-955, 1971.
13. Small, I.A., Waldron, C.A. : Ameloblastoma of Jaws, *Oral Surg.*, 8 : 281-297, 1955.
14. Stafne, E.C. : Value of Roentgenograms in Diagnosis of Tumors of Jaws. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 6 : 82-92, 1953.
15. Stafne, E.C., Gibilisco, J.A. : Oral Roentgenographic Diagnosis. W.B. Saunders Co., Philadelphia, s. 169-172, 1975.
16. Toller, P.A. : Autoradiography of Explants from Odontogenic Cysts. *Brith. Dent. J.*, 131 : 57-61, 1971.