

Mandibular ameloblastom: bir olgu sunumu

Mandibular ameloblastoma: a case report

Ebru Ünlü

T.C.Sağlık Bakanlığı Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği-ANKARA

Yazışma adresi: Ebru Ünlü, T.C.Sağlık Bakanlığı, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Gençlik caddesi 77/9 06510 Maltepe-Ankara, Tel: 0505 2355516 E-mail: edunlu@yahoo.com

Özet

Ameloblastom enamel doku tümörü olup, enamel oluşumuna farklılaşmaz. Ektodermal orjinli olup iyi huylu karakterdedir. İyi huylu bir tümör olarak kabul edilse de, klinik davranışı, benign ve malign arasında olduğu düşünülebilir. Tümör yavaş ama sürekli bir büyüme ve komşu doku infiltrasyonu ile karakterizedir. Bu yazıda ameloblastomlu 40 yaşındaki bir olgu sunulup, ameloblastomun klinik, radyolojik, histopatolojik bulguları literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Ameloblastoma, mandibula, odontojenik tümör

Abstract

The ameloblastoma is an enamel tissue tumor, which does not differentiate to form the enamel. It is benign and is of ectodermal origin. Although considered as a benign tumor, its clinical behavior can be considered of mixed nature, between benign and malignant. The tumor is characterized by slow but persistent growth and infiltration in adjacent tissue. In this paper, we present a 40 years old patient and review the literature with clinical, radiological, histopathological findings of ameloblastoma.

Key words: Ameloblastoma, mandibula, odontogenic tumor

Giriş

Ameloblastom çeşitli gelişim aşamalarındaki enamel organ ve fibröz stromalı epitelden gelişen odontojenik bir benign epitelyal neoplazidir. Ameloblastomlar çene bölgesinde görülür ve %80 mandibula lokalizasyonudur. Kalan %20 olguda tutulum yeri maksillar bölgedir. Ameloblastomlar çenenin kistik lezyonları içerisinde radiküler kistlerden sonra 2. sıklıkta görülen odontojenik tümörlerdir. Ancak maksilla ve mandibuladaki tümörlerin %1'ini ve odontojenik kaynaklı tümörlerin %11'ini oluşturur. İyi huylu olmasına karşılık kapsülsüz olup zaman zaman lokal invaziv özellikler gösterir. Lezyonlar değişik boyutlarda olabilir. Ameloblastomlar genellikle hayatın 3-5. dekatında görülmelerine karşın tüm yaşlarda görülebilirler. Olguların % 20'sinde diş ekstraksiyonu öyküsü bulunur. En yaygın semptom ağrısız yavaş büyüyen şişliktir.

Olgu

Kırk yaşında kadın hasta hastanemize 2 yıldır olan boyun ağrısı, 1,5 yıldır yüzün sağ tarafında olan ağrısız şişlik ve ara ara parotis bölgesinin şişip ağızdan irin gelmesi şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ parotise masaj yapıldığında sağ molar diş hizasından pürülan drenaj izlendi. Ameloblastom ön tanısıyla hastadan bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki istendi. Çekilen BT de; Sağ mandibula ramusunda intramedüller yerleşimli belirgin ekspansiyona, kortikal destrüksiyona neden olan lobule konturlu septasyonlar içeren multiloküle görünümde yaklaşık 4 x 2 cm boyutlarında Ameloblastomla uyumlu hipodens litik lezyon izlendi (Resim 1-4). Klinik ve radyolojik olarak ameloblastom düşünülen hasta opere edildi. Histopatolojik olarak da ameloblastom tespit edildi.

Tartışma

Odontojenik tümörler; mineralizasyonlu (odontoma,

odontojenik miksona) veya mineralizasyonsuz (ameloblastoma, odontojenik keratokist, dentigenöz kist, radiküler kist) ve kistik veya sklerotik olarak da gruplandırılabilir. Mineralizasyon terimi lezyonun kendinde mineralize ürünlerin birikmesini tanımlar. Bu ürünler enameli, dentini ve sementumu veya sementum benzeri kalsifiye dokuyu içerir. Nonmineralize odontojenik tümörler internal mineralizasyon görünümünü bozabilir ve klasik olarak röntgende radyolüsen görüntü oluşturur (1).

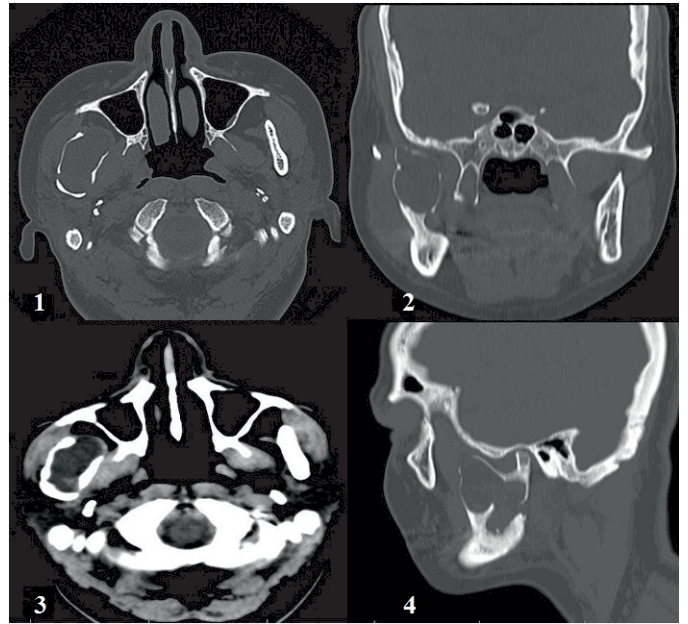
Kistik lezyon olarak radiküler kistlerden sonra 2. sıklıkta görülen ameloblastom, enamel organ veya çene ringinden köken alan odontojenik tümörlerdendir (2). Ameloblastomalar yavaş büyüyen, kemikte lokal invazyon, ekspansiyon ve destrüksiyon yapmaya eğilimli, rekürrens oranı yüksek tümörlerdir (3, 4). Mandibula ve maksillanın tüm lezyonlarının %1 kadarını oluştururlar. Benign olarak kabul edilmekle birlikte metastaz gösteren ameloblastoma malign ameloblastoma olarak adlandırılmaktadır (4, 5). Nadir olmakla beraber akciğer, plevra, dalak, böbrek, kalp, kafatası, vertebra, beyin ve lenf nodlarına metastaz bildirilmiştir (4). Sunulan vakada metastaz saptanmamıştır.

Nadiren genç yaşlarda görülebilen bu hastalık sıklıkla hayatın 3 ila 5. dekatlarında izlenir. Mandibula maksilladan 4 kat daha sık tutulum gösterir (6). Mandibular tümörlerin çoğunluğu (%75) mandibular ramus ve molar dişte yerleşir. Maksillar alanda en sık olarak arka kesime yerleşirken, maksiller sinüs ve göz de tutulabilir (7). En sık semptom yavaş büyüyen ağrısız şişliktir. Nadiren; dental maloklüzyon, ağrı, parestezi veya anestezi görülebilir (8). Ağrı, enfeksiyon veya sinir tutulumu ile ortaya çıkar (9). Ameloblastomun direk grafi bulguları tümörün tipine göre değişkenlik gösterir. Kistik ya da solid yapıda, uniloküler veya multiloküler görünümde ekspansil lezyon olarak izlenebilirler (9). Direk grafi lezyonun net sınırlarını, çevre yapıya uzanımını ve yumuşak doku invazyonlarını göstermede yetersiz kalmaktadır.

Radyolojik olarak, multikistik ameloblastomların en sık görüntüsü multiloküler lezyon olup, büyük lezyonları sabun köpüğü ve küçük lezyonları bal peteği olarak tanımlanır. Sıklıkla lingual kortikal ve oral uzanım ve genellikle tümöre komşu diş köklerinde erime izlenir. Unikistik ameloblastomlar basit olarak iyi tanımlanmış radyolüsen alan olarak izlenir (10). Metalik diş artefaktları, parsiyel volüm etkisi ve multiplanar

görüntü alınamaması BT ile tanıda sınırlamalar getirebilir. MR kemik iliği ve korteksi incelemede ve tümör invazyonunu değerlendirmede BT'ye üstündür. Operasyonun planlanmasında tümörün kistik ya da solid olmasına göre klinik subtipi, lezyonun uzanımları ve yumuşak doku invazyonu dikkate alınır (8).

BT, lezyonun unikistik ya da multikistik yapısını net olarak gösterir. BT ile tümörün ekspansil karakteri, iç ve dış mandibuler korteksin korunup korunmadığı, kitlenin infratemporal fossaya, ağız tabanı ve komşu yumuşak dokulara uzanımı, maksille rantrumun posterolateral duvarı ile ilişkisi iyi değerlendirilir (3, 4, 12). Unikistik ameloblastomlar küretaj ile yaklaşık %10-15 nüksle tedavi edilebilir. Solid veya multikistik tümörlerde tedavi ise radikal cerrahi eksizyon yapılmalıdır (6). Tümörle temas halindeki mukoza tamamen çıkartılmalıdır, çünkü ameloblastom içerebilen bu doku, onarım sırasında greftin kontaminasyonuna sebep olabilir. Tümörün yavaş büyümesi sebebiyle nüksler yıllar sonra olabilmektedir (13).



Resim 1-4. Sağ mandibula ramusunda Ameloblastomla uyumlu hipodens litik lezyon

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and Cystic Lesions of the mandible. Clinical and Radiologic – Histopathologic Review Radiographics, 1999; 19: 1107-24.
- 2) Dahnert W. Radiology Review Manuel. 2nd ed. Philadelphia: Williams-Wilkins, pp:1996; 123.
- 3) Cihangirođlu M, Akfırat M, Yıldırım H. CT and MRI findings of ameloblastoma in two cases. Neuroradiology 2002; 44: 434-7.
- 4) Miyamoto CT, Brady LW, Markoe A, Salinger D. Ameloblastoma of the jaw Treatment with radiation therapy and a case report. Am J Clin Oncol 1991; 14: 225-30.
- 5) Weissman JL, Snyderman CH, Yousem SA, Curtin HD. Ameloblastoma of the maxilla: CT and MR appearance. AJNR Am J Neuroradiol 1993; 14: 223-6.
- 6) Pizer ME, Page DG, Svirsky JA. Thirteen Year Follow-Up of Large Recurrent Unicystic Ameloblastoma of the Mandible in a 15 Year Old Boy. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 211-5.
- 7) Zwahlen RA, Vogt P, Fischer FS, Gratz KW. Case Report: Myocardial Metastasis of a Maxillary Malignant Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 731-4.
- 8) Becelli R, Carboni A, Cerulli G, Perugini M, Lannetti G. Mandibular ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. J Craniofac Surg 2002; 13: 395-400
- 9) Sayın B, Kabaçam G, Yıldırım N, Güler Ö, Dede D. Granüler hücreli dev ameloblastoma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004; 57: 267-71.
- 10) Minami M, Kaneda T, Yamamoto H, ve ark. Ameloblastoma in the maxillomandibular region: MR imaging. Radiology 1992; 184: 389-93.
- 11) Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Patologia Oral & Maxillofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998; 215-16.
- 12) Cohen M, Hertzanu Y, Mendelsohn D. Computed Tomography in the Diagnosis and Treatment of Mandibular Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43: 796-800.
- 13) Ferretti C, Polakow C, Coleman H. Recurrent Ameloblastoma: Report of 2 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 800-4