

Olgu Sunumu – Case Paper

TEKRARLAYAN AMELOBLASTOMA: BİR OLGU SUNUMU

RECURRENT AMELOBLASTOMA: A CASE REPORT

Zozan ERDOĞMUŞ<sup>1</sup>, Mahmut KOPARAL<sup>2</sup>

Geliş Tarihi (Received Date) :06.11.2019  
Kabul Tarihi (Accepted Date) :18.12.2019  
Basım Tarihi (Published Date): 29.12.2019

Özet

Ameloblastoma çeşitli gelişim aşamalarındaki enamel organ ve fibröz stromalı epitelden gelişen odontojenik bir neoplazidir. Ameloblastoma, çene bölgesinde görülen, iyi huylu olmasına karşılık lokal yayılım gösteren bir tümördür. Genellikle hayatın üçüncü veya dördüncü dekatında daha sık teşhis edilirler. Mandibula maksilladan daha sık etkilenir. %80 oranında mandibular molar-ramus bölgesinde ortaya çıkar. Küçük lezyonlarda genellikle enükleasyon veya rezeksiyon yeterlidir. Fakat büyük lezyonlarda marjinal rezeksiyon gereklidir. Rekürrensi yüksektir. Sunulan bu olguda başka bir merkezde daha önce opere edilen ameloblastoma vakası sunulmuştur. Marjinal rezeksiyon yaptığımız vaka da üç yıllık takipte nüks görülmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameloblastoma, Marjinal Rezeksiyon, Nüks

Abstract

Ameloblastoma is a tumor of odontogenic type, arising from the epithelium with fibrous stroma and enamel organ in different steps of evolution. Ameloblastoma is an odontogenic tumor that is located in the jaw region and though it is a benign entity it may be locally invasive. They are usually diagnosed between the third and fourth decades of life. Mandibula is more affected than maxilla. It arises in the molar-ramus region of mandible with a ratio of 80%. In small lesions enucleation or local resection are the appropriate treatment methods. But larger lesions need marginal resection. It has a high ratio of recurrence. In our case we report a recurrent ameloblastoma is presented. The patien was operated in a different of medicine with the diagnosis of ameloblastoma. We applied marginal resection. No recurrent was seen during the following period of three years.

**Keywords:** Ameloblastoma, Marginal Resection, Recurrence

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı, Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Diyarbakır, Türkiye, E-mail: zozan\_erdogmus@hotmail.com, ORCID:0000-0002-9706-3862, <sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D. Adıyaman, Türkiye, E-mail: drmahmutkoparal@gmail.com, ORCID:0000-0003-1817-1230

## 1. GİRİŞ

Ameloblastoma lokal invazyonlu, yavaş büyüyen, odontojenik epitel orjinli, nüks oranı yüksek benign tümördür (Ledesma M.C. ve ark., 2007, ss. 303-307). 1827 yılında Cusack tarafından ilk defa tanımlanmıştır. 1930 yılında ise Ivy ve Churchill ameloblastoma olarak isimlendirmiştir (Angadi P.V.,2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 yılında yayınladığı son sınıflamaya göre ameloblastoma başlıca dört alt gruba ayrılmıştır (El-Naggar ve ark.,2017). Bunlar multikistik(konvansiyonel), maling ameloblastoma, unikistik ve ekstraosseoz/periferal tiptir. Çene kemiklerindeki tümör ve kistlerin yüzde 1'ini ve odontojenik tümörlerin yüzde 10'unu oluşturmaktadır (Torres-Lagares D. ve ark., 2005, ss.231-238). Ameloblastomalar sıklıkla asemptomatik kitlelerdir ve yüzde şişlik yapana kadar bulgu vermezler (Jun Li T. ve ark., 2000, ss.1385-1392). Mandibula da maksillaya göre (4:1) özellikle de molar ve ramus bölgesinde daha sık görülmektedir (Ahlema B. ve ark., 2015, ss.275-279 & Ram R., 2010, ss.190-193). Üçüncü ve dördüncü dekatta daha yüksek oranda görülmektedir (Fregnani ER. ve ark., 2010, ss.145-149). Bu tümörler ilerleyen dönemlerde yüzde asimetri, oklüzyon değişikliği, ağrı, parestezi, dişlerde mobilite ve kayıp, burun tıkanıklığı, periodontal hastalık gibi spesifik olmayan semptomlara neden olabilirler (Belli E. ve ark., 2009, ss.1146-1149). Teşhisi için radyolojik değerlendirme (panoramik grafi, CT ve MRI) ve biyopsi yapılmalıdır (Becelli R. ve ark., 2011, ss. 1163-1165). Tedavi planlaması nüks oranı yüksek olduğu için; lezyonun tipine, konumuna, hastanın yaş ve genel durumuna göre planlanmalıdır (Almeida R.A.C. ve ark.,2016, ss.359-367). Biz de mandibulada destrüksiyona neden olan ve daha önce başka bir merkezde opere edilmiş, sonrasında ise nüks etmiş ameloblastoma olgusu ve tedavisi sunmak istedik.

## 2. OLGU SUNUMU

Otuzbeş yaşındaki erkek hasta sol mandibular bölgede yer alan şişlik ve ağrı öyküsüyle kliniğimize başvurmuştur. Hasta, alınan anamnezinde ilgili bölgeden yaklaşık 2 yıl önce farklı bir merkezde operasyon geçirdiğini bildirmiştir. Bu semptomların ilk operasyondan yaklaşık dokuz ay sonra tekrar başladığını ifade etmiştir. Yapılan intraoral klinik muayenede, palpasyonda ağrı ve vestibul sulcusta sığlaşma görülmüştür. Ekstraoral muayenede ise yüzde asimetri, servikal lenf adenopati izlenmiştir. Radyolojik muayenede alınan CT değerlendirildiğinde; sol mandibula gövdesinde yer alan, angulus mandibuladan birinci molar dişe doğru uzanan bukkal kemikte destrüksiyona sebep olan radyolüsent kitle tespit edilmiştir (Şekil 1-2). Hastanın daha önce ki merkezde yazılan epikriz dosyası incelendiğinde, ilk operasyon sonrası histopatolojik değerlendirme ile doğrulanan ameloblastoma tanısı görülmüştür. Hastada kısa sürede aynı bölgede nüks görüldüğü için, kitlenin lokalizasyonu ve hastanın yaşı göz önüne alınarak radikal cerrahi tedavi planlanmıştır. Operasyon hakkında hastaya gerekli bilgiler verilerek gerekli onam alınmıştır. Kitle sınırları içinde yer alan molar dişlerin ekstraksiyonu ile kitle sınırlarının 1cm gerisinde olacak şekilde marjinal rezeksiyon uygulanmıştır. Ameliyat spesmenleri patolojik değerlendirilmeye gönderilmiştir. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucunda, büyümenin unikistik tipte bir ameloblastoma olduğu rapor edilmiştir (Şekil 3).Hastaya operasyonu takip eden 3 yıl boyunca, düzenli radyografik inceleme ve kontroller yapılmıştır. Takip süresince herhangi bir nüks belirtisi gözlemlenmemiştir.(Şekil 4-5).

### 3. TARTIŞMA

Ameloblastoma, odontojenik tümörler içinde en sık görülme oranına sahip benign tümördür (Unni KK. ve ark., 1996, ss. 436-439 & Damjanov I. ve ark., 1996, ss. 1603 & Rosai J., 1996, ss. 271-274). Çoğu olguda en önemli klinik bulgu şişliktir. Secunder olarak enfekte olmadığı sürece ağrı erken dönem bulgusu değildir (Unni KK., ve ark., 1996 ss. 436-439 & Damjanov I. ve ark., 1996 ss.1603& Sayın B. ve ark., 2004, ss.267-271). Tümörün büyümesi arttıkça dental malokluzyon, ağrı, parestezi veya anestezi görülebilir (Becelli R. ve ark., 2002, ss. 395-400). Kemikte lokal invazyon, ekspansiyon ve destrüksiyon yapmaya eğilimi gösterir.(Cihangiroğlu M. ve ark., 2002, ss. 434-437). Ameloblastoma tedavisi tümörün büyüklüğüne ve lokalizasyonuna göre konservatif ya da radikal cerrahidir (Fregnani ER. ve ark., 2010, ss. 145-149 & Chaine A. ve ark., 2009, ss.999-1005 & Pogrel MA. ve ark., 2009, ss. 807-812). Cerrahi tedavi sonrasında bile nüks oranı yüksektir. Nüks radikal tedaviden sonra bile (yüzde 5 ila yüzde 15) yüksektir. Sehdev ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada konservatif tedaviyi takiben yüzde 90 ile yüzde 100 arasında yüksek nüks oranı tespit etmişlerdir (Sehdev MK. ve ark., 1974, ss. 324-333).

Yapılan diğer araştırmalarda da ameloblastomada nüks oranını sırasıyla %21.1 ve %45 oranında olduğunu bildirmişlerdir (Kim SG. ve ark., 2001, ss. 649-653 & Escande C. ve ark., 2009, ss. 363-369).

Hong ve arkadaşları, 239 ameloblastomalı hastanın retrospektif analiz çalışmasında, segmental rezeksiyon veya maksillektomi uygulanan cerrahi tedavi sonrası % 4.5, marjinal rezeksiyon yapılan hastalarda % 11.6 ve konservatif tedaviden sonra ise % 29.3 (enükleasyon, küretaj ve marsupyalizasyon) nüks oranını bildirmişlerdir. Nüks oranlarındaki bu anlamlı istatistiksel farklılığı ise tedavi yöntemi ile açıklamışlardır (Hong J. ve ark., 2007, ss. 283-288). Biz de bu olguda da erken dönemde nüks olayını daha önceki merkezde yapılan operasyon sınırlarının yeterli olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yaptığımız radikal cerrahi sonucunda ve 3 yıllık takip döneminde nüks görülmemesi doğru tedavi seçeneğinin uygulandığını gösterir.

Literatürlerde belirtildiği üzere nüksün en önemli sebebi kitle ekzisyonunun yeterli düzeyde yapılmamasıdır. Radikal ve agresif cerrahi, rekürrent ameloblastoma tedavisi için tercih edilen en önemli seçenektir. Bu yöntemde lezyonların alındığından emin olmak için tümör rezeksiyonu radyolojik sınırın ötesinde en az 1-2 cm olması gerektiğini destekler.

Yine Reichart ve arkadaşları da, bildirilen 327 vakanın incelemesinden sonra radikal cerrahi sonrası% 17.7 ve konservatif cerrahi sonrası% 22.6 nüks oranlarını göstermişlerdir (Reichart P.A. ve ark., 1995, ss.86-99).

### 4. SONUÇ

Ameloblastoma nüks olasılığı yüksek benign odontojenik tümördür. Nüks olasılığını en aza indirmek için doğru tedavi planlaması ve radikal cerrahi yapılmalıdır. Bizim sunduğumuz olguda da literatürlerde yüksek oranda nüks oranı belirtilen ve daha önce opere edilen ameloblastoma vakası sunulmuştur. Radikal marjinal cerrahi tedavi uygulanmıştır. Yeniden nüks olasılığına karşın periodik kontroller 6 ayda bir yapılmıştır.

Radyolojik ve klinik olarak nüks takibi devam eden hastada postoperatif olarak herhangi bir problem ile karşılaşılmadı. Yeterli cerrahi tedavi ve uzun süreli takiplerle başarıya ulaşıldı.

### 5. KAYNAKLAR

Almeida R. A. C., Andrade E. S. S., Barbalho J. C., Vajgel A., Vasconcelos B. C. E. (2016). Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis,” *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 45(3), 359–367.

Angadi P.V. (2011). Head and neck: odontogenic tumor: ameloblastoma. *Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology*, 15, 223–229.

B. Ahlema, A., Wideda, L., Amanib Z., Nadiaa A., Amiraa and. Fatena F.(2015). Study of Ki67 and CD10 expression as predictive factors of recurrence of ameloblastoma. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*, 132(5), 275–279.

Becelli R., Carboni A., Cerulli G., Perugini M., Lannetti G. (2002). Mandibular ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. *Journal of Craniofacial Surgery*, 13(3), 395-400.

Becelli R., Morello R., Renzi G., Matarazzo G., Dominici C.(2011). Treatment of recurrent mandibular ameloblastoma with segmental resection and revascularized fibula free flap. *Journal of Craniofacial Surgery*, 22, 1163–1165.

Belli E, Rendine G, Mazzone N.(2009) Ameloblastoma relapse after 50 years from resection treatment. *J Craniofac Surgery*, 20,1146–1149.

Chaine A., Pitak-Arnop P., Dhanuthai K., Ruhin-Poncet B., Bertrand JC., Bertolus C. (2009). A treatment algorithm for managing giant mandibular ameloblastoma: 5-year experiences in a Paris University Hospital. *European Journal of Surgical Oncology*, 35, 999–1005.

Cihangiroğlu M., Akfırat M., Yıldırım H.(2002).CT and MRI findings of ameloblastoma in two cases. *Neuroradiology*, 44, 434-437.

Damjanov I, Linder J. (1996). *Anderson's Pathology*( 10th ed.). St. Louis: MosbyYear Book,1603.

El-Naggar, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg P, editors(2017). WHO classification of Head and Neck Tumours (chapter 8). *Odontogenic and maxillofacial bone tumours*. 4th ed., IARC: Lyon, 205-260.

Escande C., Chaine A., Menard P.(2009). A treatment algorithm for adult ameloblastomas according to the Pitié-Salpêtrière Hospital experience. *Journal Craniofacial of Surgery*, 37, 363–369.



## TEKRARLAYAN AMELOBLASTOMA: BİR OLGU SUNUMU

Fregnani ER., da Cruz Perez DE., de Almeida OP., Kowalski LP., Soares FA., de Abreu Alves F.(2010). Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. *International Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 39, 145–149.

Hong J., Yun PY., Chung IH. (2007). Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 36, 283–288.

Jun Li T,Tang Wu Y,Feng Yu S,Yan Yu G.(2000). Unicystic ameloblastoma. *American Journal of Surgical Pathology* ,24,1385-1392.

Kim SG., Jang HS.(2001). Ameloblastoma: a clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol Oral Radiology Endodonti*, 91, 649–653.

Lau S K, Tideman H,Wu PsC.(1998). Ameloblastic carcinoma of the jaws. *Oral Surgery Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*,85,78-81.

Ledesma M.C., Mosqueda T. A., Carlos B. R., León E.R., Palma Guzmán JM, Paéz-Valencia C, Meneses-García A. (2007). Ameloblastomas: a regional Latin America multicentric study. *Oral Diseases*,13,303–307.

Pogrel MA., Montes DM. (2009). Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 38, 807–812.

Ram R.(2010). Ameloblastoma relapse after 16 years of resection in symphysis of mandible sparing the bone graft. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, 1(2), 190-193.

Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S.(1995). Ameloblastoma: Biological Profile of 3677 Cases. *Oral Oncol Eur J Cancer*;31B,86-99

Rosai J. (1996). *Ackerman's Surgical Pathology* (8th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book,271-274.

Sayın B., Kabaçam G., Yıldırım N., Güler Ö., Dede D. (2004). Granüler hücreli dev ameloblastoma. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 4, 267-271.

Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW, Gerold FP, Willis GW.(1974). Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer J.*,33,324-333.

Torres-Lagares D., Infante-Cossio P., Hernandez-Guisado JM., Gutiérrez-Pérez JL.(2005). Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*,10,231–238.

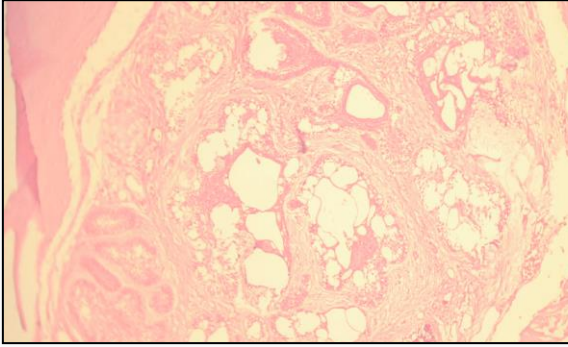
Unni KK., Inwards C.Y. (1996). *Dahlin's Bone Tumors*( 5th edition). Philadelphia: Lippincott-Raven,436-439.



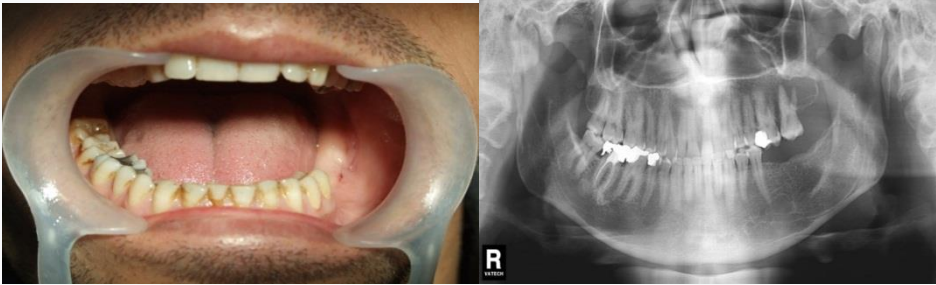
## ŞEKİLLER



Şekil 1-2: Hastanın preoperatif ağız içi ve radyolojik görünümü



Şekil 3: Histopatolojik görünüm



Şekil 4-5: Postoperatif 3 yıl sonra ağız içi ve radyolojik görünüm