

EKSTRAFOLLİKÜLER TİP ADENOMATOİD ODONTOJENİK TÜRÖR: OLGU SUNUMU

Dr. Kaan GÜNDÜZ *
Prof. Dr. Peruze ÇELENK *

Yrd. Doç. Dr. Murat METİN **
Prof. Dr. Ömer GÜNHAN ***

THE EXTRAFOLLICULAR VARIANT OF ADENOMATOİD ODONTOGENIC TUMOR: A CASE REPORT

SUMMARY

ÖZET

Adenomatoid odontojenik tümör (AOT), odontojenik kökenli nadir görülen benign bir neoplazmdir. Follüküler, ektrafolliküler ve periferel olmak üzere 3 tipi vardır. Bu makalede 26 yaşında kadın hastanın üst çenesinde bulunan ektrafolliküler tip AOT ün teşhis ve tedavisi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Adenomatoid odontojenik tümör, ektrafolliküler, odontojenik tümör, benign tümör.

The adenomatoid odontogenic tumour (AOT) is a rare benign neoplasm of odontogenic origin. There are three variants including follicular, extrafollicular and periferal. In this article is presented diagnosis and management of a case of extrafollicular variant of AOT which is found in the maxilla in a 26 year old woman patient.

Key words: Adenomatoid odontogenic tumour, extrafollicular, odontogenic tumour, benign tumour.

GİRİŞ

Adenomatoid odontojenik tümör (AOT), önceleri ameloblastomanın bir türü olarak dü- şü- nül- mü- ş, ameloblastik adenomatoid tümör veya adenoameloblastoma olarak adlandırılmıştır.¹ 1969 yılında Philipsen ve Birn,² günümüzde de kabul edilmiş olan adenomatoid odontojenik tümör terimini kullanmışlardır.

AOT ün orijini günümüzde de tartışılmaktadır. Çoğu yazarlar, kaynağının odontojenik dokular olduğunu kabul ederler. Bazıları ise odonto-

jenik epitelyumun neoplastik büyümesinden ziyade lezyonun gelişimsel bir hamartom olduğunu savunmaktadırlar. Dental lamina kalıntılarının menşeyinde rol oynaması nedeniyle, daha çok çenelerin anteriorunda ve mandibula posteriorunda görülür.

Bu makalede 26 yaşında kadın hastanın üst çenesinde bulunan ve nadir görülen ektrafolliküler tip AOT ün teşhis ve tedavisi sunulmaktadır.

* OMÜ, Dişhek. Fak. Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.

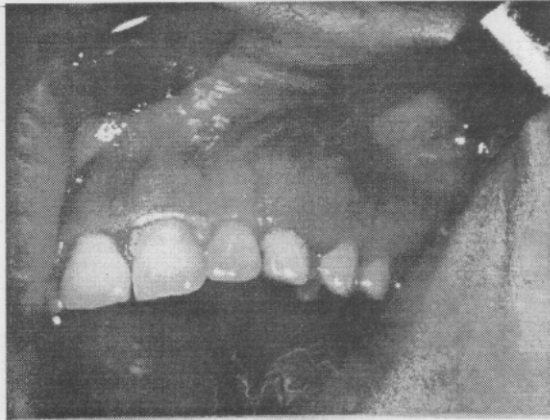
** OMÜ, Dişhek. Fak. Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahi

*** GATA Patoloji A.D. Öğretim Üyesi

VAKA RAPORU

26 yaşındaki kadın hasta, 07/06/2002 tarihinde üst sol premolar bölgesinde bulunan şişlik şikayeti ile Oral Diagnoz ve Radyoloji kliniğine başvurdu. Hastanın herhangi bir sistemik ve ailevi rahatsızlığı bulunmayıp, genel vücut sağlığı normal idi. Alınan anamnezde şikayetin 1.5 yıl içinde sol üst premolar bölgede ağrısız küçük bir şişlik şeklinde başladığını ifade etti.

Muayenede, sol üst fossa kanin bölgesinde palpasyonda ağrısız sert bir şişlik fark edildi. (Resim 1)

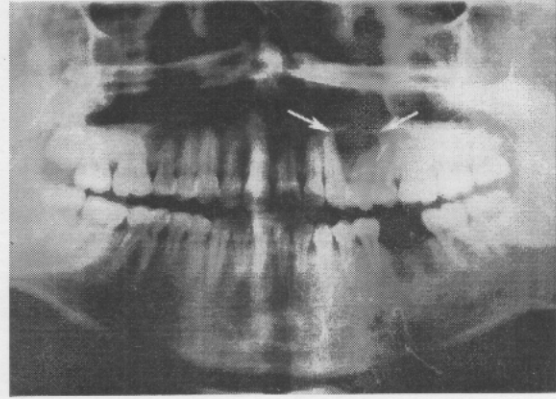


Resim 1: Kanin ve 1.premolar dişler arasında vestibüler ekspansiyona neden olmuş kitle.

Lezyonun üzerindeki mukoza normal görünümde ve yapıda idi. İlgili dişlere yapılan vitalite testinde dişlerin vital olduğu bulundu.

Alınan panoramik radyografide 23, 24 numaralı dişler bölgesinde bukkal kortekste ekspansiyona neden olmuş, iyi sınırlı, premolar dişin kökünde migrasyona yol açmış, 1.5 cm çapında radyolüsent bir kitle saptandı.(Resim 2) Periapikal radyografide radyolüsent alanın

servikale yakın kısmında küçük kalsifiye odaklar izlendi. (Resim 3) Komşu dişlerdeki periodontal aralık ve lamina dura da normal olarak izlendi.



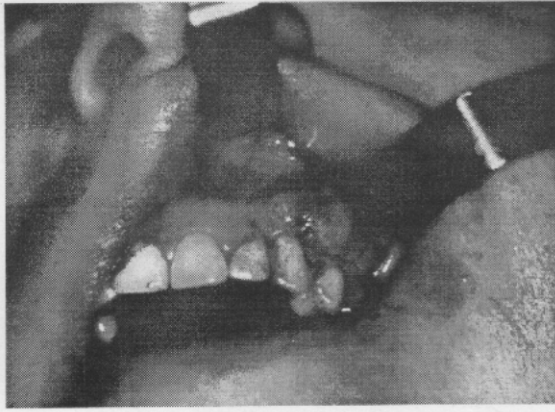
Resim 2: Panoramik radyografide 23,24 nolu dişler arasında radyolüsent alan (Oklar)



Resim 3: Periapikal radyografide radyolüsent alan içerisinde izlenen kalsifiye odaklar.(Ok)

Tüm bu bulguların ışığında, ön tanısı ektrafolliküler tip AOT, kalsifiye epitelyal odontojenik tümör ve keratinize ve kalsifiye odontojenik kist olarak düşünülen kitlenin enükleasyonu planlandı.

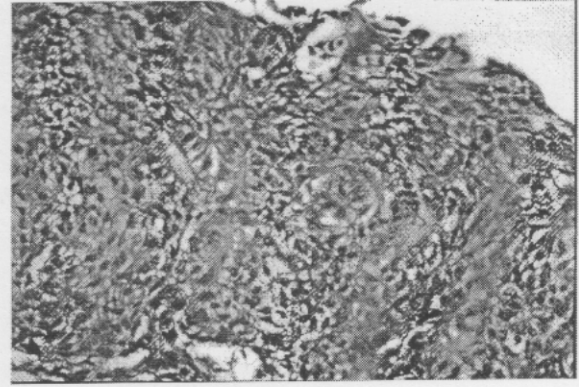
Eksizyonel biopsi amacıyla hasta lokal anestezi altında opere edildi. Sol üst lateral diştin sol 1.molar dişe kadar uzanan dişeti insizyonu ve vertikal insizyonlar yapıldıktan sonra mukoperiosteal flep kaldırılarak kanin ve 1.premolar dişler arasında vestibüle doğru ekspansiyona neden olmuş kitleye ulaşıldı (Resim 4). Kitle total olarak eksize edildi. Flep yerine iade edilerek 3-0 ipek suture ile primer olarak suture edildi. Operasyon bölgesi komplikasyonsuz olarak iyileşti. Patolojik tanı adenomatoid odontojenik tümör olarak bildirildi.



Resim 4: Kitlenin intraoperatif görüntüsü.

Histolojik kesitlerde, düzenli ve kalın fibroz bağ dokusundan oluşan kapsüle sahip kistik tümör izlendi. Kist lümenine doğru gelişim gösteren tümörün, preameloblastik hücelere benzer epitelyal hücelerden meydana geldiği görüldü. Tümör hücelerinin aralarında eozinofilik homojen madde birikimi bulunan solid adalar ve gland benzeri yapılar oluşturduğu izlendi (Resim 5).

Cerrahi sonrası 9.ayda yapılan kontrollerde rekürrens görülmedi. Hasta halen kontrolümüz altındadır.



Resim 5: Histopatolojik kesitte tümör hücelerinin aralarında eozinofilik homojen madde birikimi bulunan solid adalar ve gland benzeri yapılar izlenmektedir.

TARTIŞMA

AOT, nadir görülen odontojenik tümörlerden olup, tüm odontojenik tümörlerin %3'ünü teşkil eder.⁴ 3 ila 80 yaşlar arasında görülebilmesine rağmen en çok yaşamın 2.dekadın da ortaya çıkar.³ Kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülür.^{2,3} AOT'ün ana bulgusu ağrısız ve yavaş büyüyen şişliktir. Philipsen² büyümenin yavaş, fakat ilerleyici olduğunu bildirmiştir. AOT'ün radyolojik olarak saptanan folliküler ve ektrafolliküler tipleri tanımlanmıştır.³⁻⁵

Folliküler tip, tüm AOT vakalarının %75'ini, ektrafolliküler tip ise %25'ini oluşturmaktadır.^{3,5} Folliküler tip AOT, radyografda sürmemiş bir dişin kronuyla ilişkili olarak dentigeröz kisti taklit edecek şekilde iyi sınırlı, yuvarlak yada oval, uniloküler radyolüsent lezyon olarak görülür. Dentigeröz kistle ayırıcı tanısı, dentigeröz kistin ilgili dişin sadece kronunu içine alması, AOT'ün ise kökü de içine alacak şekilde görülmesi ile yapılıdır.⁷

Ektrafolliküler tip AOT, çok nadir olarak görülmektedir. Folliküler tip sürmemiş bir dişe ilişkili olduğundan klinisyenlerce daha kolay ve daha erken yaşlarda tanımlanabilmektedir.³

Radyografide şürmüştür daimi dişlerin kökleri arasında veya kökler üzerine süperpoze olmuş şekilde iyi sınırlı uniloküler radyolüsent alan olarak izlenir. Lezyona komşu dişlerde yer değiştirme görülür. Ancak, komşu dişlerde vitalite kaybı bildirilmemiştir. Olgumuzda da lezyonla ilişkili 23, 24 no lu dişlerin köklerinde birbirinden ayrılma izlenmiş ve vitaliteleri normal bulunmuştur. Lezyona komşu dişlerde rezorpsiyon çok nadir görülür ve bizim olgumuzda da izlenmemektedir.⁶

Ekstrafoliküler tipte bir diğer radyografik bulgu lezyon içerisinde görülen kalsifiye odaklardır. Radyopak foküslerin AOT vakalarının 2/3 ünde bulunduğu ifade edilmektedir.⁵ Bu odakların sayısı ve büyüklüğünün lezyonun süresi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁵ Olgumuzda özellikle periapikal radyografilerde küçük radyopak foküsler izlenmiştir.

Ekstrafoliküler tip için ilginç bir bulguda, hem alt hem de üst çenede kanin dişin mezial ya da distaliyle ilişkili oluşudur.³ Philipsen ve arkadaşları³ ekstrafoliküler tip AOT vakalarının %89.3 oranında maksiller veya mandibular kanin bölgesinde olduğunu bildirmişlerdir.³ Olgumuzda lezyonun sol üst çene kanin ile premolar dişler arasında yer aldığı görülmektedir. Ekstrafoliküler tip AOT'ün ayırıcı tanısı, rezidüel kist, radiküler kist, globülomaksiller kist, lateral periodontal kist, kalsifiye epitelyal odontojenik tümör, keratinize ve kalsifiye odontojenik kist ve odontoma ile yapılıdır.⁷

AOT, sınırlı benign bir lezyon olduğundan tedavisi konservatif cerrahi eksizyonudur. Cerrahi sonrası nüks bildirilmemiştir. Philipsen³ 499 AOT vakasının sadece bir tanesinde (%0.2) nüks rapor etmiştir. Ancak bu vakanın da AOT olmayıp, adenoid kistik karsinom olduğu fotomikrograflardan anlaşılmıştır.

Olgumuz klinik, radyografik ve makroskopik özellikleri yönünden literatürle uyumlu bulunmuştur.

Bu makalede bir ekstrafoliküler tip AOT'ün teşhis ve tedavisi sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Oral&Maxillofacial Pathology. W.B.Saunders, Philadelphia, 1995, 529.
2. Philipsen HP, Birn H. The Adenomatoid odontogenic tumour: ameloblastic adenomatoid tumour: or adenoameloblastoma. Acta Pathol Microbiol Scand 1969;75:375. In Philipsen HP, Reichart PA, Adenomatoid odontogenic tumor: facts and figures. Oral Oncology, 1998;35:125-31.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH, Nikai H, Yu QX. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. J Oral Pathol Med., 1991;20:149-58.
4. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor: facts and figures. Oral Oncology., 1998;35:125-31.
5. Tsaknis PJ, Carpenter WM, Shade NL. Odontogenic adenomatoid tumor: report of case and review of the literature. J Oral Surg., 1977; 35:146-9.
6. Dayı E, Gürbüz G, Bilge MO, Çiftçioglu AM. Adenomatoid odontogenic tumour (adenoameloblastoma). Case report and review of the literature. Aust Dent J., 1997;42(5):315-8.
7. Wood N, Goaz P. Differential Diagnosis of Oral Lesions. 4th ed CV Mosby, St.Louis, 1991;514-16.

Yazışma Adresi

Kaan GÜNDÜZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

55139 Kurupelit- Samsun

E- mail : sementoma@hotmail.com

Tel:0362457600-3012