

UNİKİSTİK AMELOBLASTOMA: VAKA RAPORU

UNICYSTIC AMELOBLASTOMA: A CASE REPORT

Doç. Dr. Hatice ALTUNDAL*

Dt. Gonca DUYGU*

Dr. Ahmet Hamdi ARSLAN*

ÖZET

Ameloblastoma, genellikle agresif gelişim gösteren ve konservatif tedavi sonrası yüksek nüks oranına sahip olan, benign odontojenik bir tümördür. Unikistik ameloblastoma, ameloblastomanın diğer formlarına göre, daha az agresif karakterlidir ve vakaların çoğunda, konservatif cerrahi işlemler ile yeterli tedavi sağlanmaktadır. Vaka raporumuzda, sol alt çene molar bölgesinde şişlik ve ağrı şikayeti ile başvuran 22 yaşındaki bayan hastanın radyolojik incelemesinde, ilgili bölgede uniloküler ve radyolüsent bir lezyon tespit edildi. Lezyon lokal anestezi altında tamamen enükle edildi ve materyal histopatolojik incelemeye gönderildi. İncelenen örneğe unikistik ameloblastoma tanısı konuldu ve nüks ihtimali düşünülerek hasta takibe alındı. Hastanın 3 yıllık kontrollerinde nüksle karşılaşmadı ve lezyon bölgesinin tamamen iyileştiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Unikistik ameloblastoma, enükleasyon

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumour, which often shows aggressive growth and a high recurrence rate after conservative surgical treatment. Unicystic ameloblastoma is considered to be a less aggressive form of ameloblastoma and treatment by conservative surgical methods is thought to be adequate for the majority of cases. In the present case report; a 22-year-old girl referred to our clinic with the complaint of pain and swelling in her left posterior mandibular region. Radiographic examination revealed an unilocular radiolucency in this region. The lesion was enucleated totally and was diagnosed as unicystic ameloblastoma by histopathological examination. After the surgery, complete healing was obtained clinically and radiographically. No recurrence was seen during the follow-up period of 3 year.

Key Words: Unicystic ameloblastoma, enucleation

GİRİŞ

Ameloblastoma, lokal olarak agresif özellik gösteren, odontojenik epitel dokusu kaynaklı benign bir tümördür. Çene kemiklerindeki tümör ve kistlerin %1'ini ve odontojenik tümörlerin %10'unu oluşturmaktadır. Diş formasyonu sırasında oluşan Malessez-Serres artıklarından, odontojenik kist epitelinden, özellikle dentijeröz kist epitelinin bazal hücrelerinden ve mine organının epitelinden kaynaklanmaktadır. Klinik olarak ameloblastoma asemptomatiktir. Tümör genellikle kemik ekspansiyonu ile fark edilmekte ya da rutin radyolojik incelemelerde tespit edilmektedir. Kısaca, ameloblastoma yavaş gelişen, ağrısız şişlik ile karakterizedir. Lezyon, genellikle mandibulada (%90.9 oranında) angulus ve ramus bölgelerinde; ender olarak da maksillada görülmektedir.¹⁻³ Her iki cinste eşit oranda rastlanır. Her yaşta görülebilmekle birlikte; daha çok 3.ve 4. dekadlarda görülür.

Eversole ve ark.⁴, ameloblastomayı histolojik bulgulara göre; foliküler tip, pleksiform tip, akantamatöz tip, granüler hücreli tip, bazal hücreli tip ve skuamöz tip olarak sınıflandırmışlardır. Klinik olarak ise; unikistik tip, multikistik tip (solid), periferik tip ve malign tip olarak sınıflandırılmaktadır.^{1,3,5}

Genellikle, en çok sık rastlanan formu solid/multikistik ameloblastomadır (%86). Ameloblastoma, diğer tiplerle karşılaştırıldığında, yüksek nüks oranına sahip ve agresif olma eğilimi olan bir tümördür.⁵ Tümör, radyolojik olarak, sınırları belirgin, uniloküler, interradiküler, multiloküler (sabun köpüğü-bal peteği görünümüne benzer) radyolüsen olarak tanımlanabilir. Unikistik ameloblastoma, daha az nüks oranına sahip (%25), daha az agresif özellikte olan kistik bir lezyondur. Bu yüzden prognozu multikistik tipe göre daha iyidir.¹ Bu tip ilk defa 1977 yılında Robinson ve Martinez tarafından tanımlanmıştır.⁶ Lezyon; ameloblastik hücrelerin kist lümenine ya da duvarına

*Yeditepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

proliferasyonu ile karakterize geniş bir kistik kavite şeklindedir. Hayatın 2. ve 3. dekadlarında ve mandibulada molar bölgede görülme oranı yüksektir.^{1,2,5}

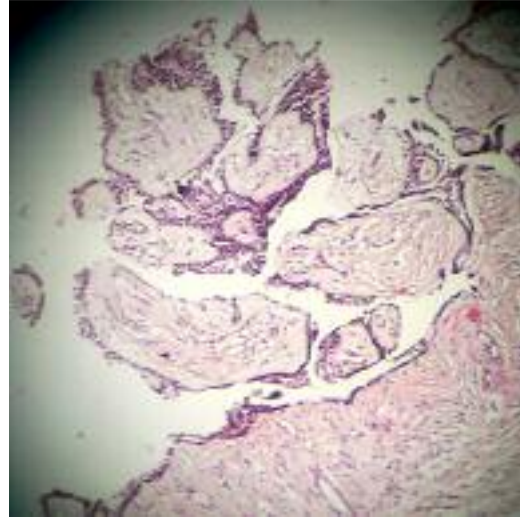
OLGU

22 yaşında bayan hasta sol mandibuler posterior bölgede ağrı ve şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın klinik muayenesinde sol alt çene molar bölgede, vestibülde şişlik ve ilgili bölgenin palpasyonunda krepitasyon saptandı. Panoramik röntgende mandibuler molar dişler bölgesinde, uniloküler, 35 no'lu dişin distalinden 38 no'lu dişin distaline kadar uzanan, 2x4cm boyutunda radyolüsent lezyon tespit edildi (Resim 1). Lokal anestezi altında flep kaldırıldı ve vestibüler yüzeyde kortikal perforasyon tespit edildi. Lezyon tamamen enükle edildi ve 38 nolu diş çekildi. Enükleasyon materyali histopatolojik incelemeye gönderildi. Hematoksilen eozin (H&E) ile boyanan örnekte ameloblastik hücrelerin kistin duvar kısmında lokalize olduğu ve de kollagen liften zengin çeper biçiminde bağ dokusunu döşeyen, ameloblastları anımsatan silindirik epitelyum hücreleri tespit edilmiştir. Patolojik inceleme sonucunda unistik ameloblastoma tanısı konuldu ve hasta kontrol altına alındı.

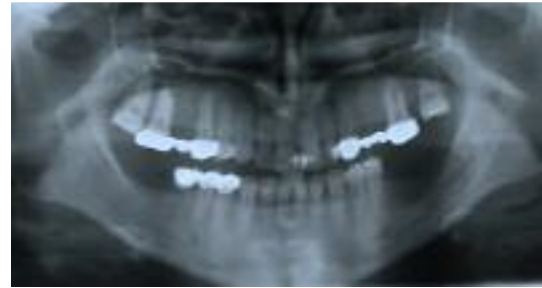
Histopatolojik incelemede, epitelle çevrili ve bazı alanlarda tipik ameloblastik özellik gösteren kistik lezyon tespit edildi (Resim 2). Hastanın 3 yıllık kontrolünde nüksle karşılaşılma ve lezyon bölgesinin tamamen iyileştiği tespit edildi (Resim 3).



Resim 1: Sol alt çene molar bölgede, unistik lezyonun sınırlarını gösteren panoramik röntgen görüntüsü.



Resim 2: Kollagen liften zengin çeper biçiminde bağ dokusunu döşeyen, ameloblastları anımsatan silindirik epitelyum hücreleri. (H&E X 100)



Resim 3: 3 yıllık postoperatif dönemde, sol alt çene molar bölgede, kemikteki iyileşmeyi gösteren panoramik röntgen görüntüsü.

TARTIŞMA

Ameloblastoma, histolojik olarak benign olmasına rağmen; lokal olarak agresif ve invazivdir ve konservatif tedavi sonrası nüksü yüksektir.^{1-3,7,8} Unistik ameloblastoma kendi grubu içerisinde % 4-7'lik görülme oranına sahiptir.^{2,3,8} Unistik ameloblastomanın kaynağı tam olarak bilinmemekle birlikte; dentijeröz kist, odontojenik keratokist gibi odontojenik kistlerden gelişmektedir. Robinson–Martinez⁶; Ackermann ve ark.⁹'nın desteklediği teoriye göre ise, lezyon nüks gösteren kistik bir neoplazmdir. Curi ve ark.¹'nin bildirdiği gibi genelde unistik ameloblastomaların tanısında ağrıya karşılaşılmasına rağmen, vaka-

mızın başvuru şikayetlerinden biri ağrı olarak tespit edilmiş ve tanı kriterlerinde farklılık yaratmıştır.

Radyolojik olarak, ameloblastoma çene kemiklerinde uniloküler yada multiloküler, sınırı belirgin radyolüsent bir lezyondur.^{3,7,10} Uniloküler tip, dentijeröz, radiküler, primordial kistlere benzemektedir. Klinik ve radyolojik görünümü diğer uniloküler radyolüsent lezyonlarla karıştırılabileceği için teşhis mikroskopik olarak doğrulanmalıdır.⁸

Ackermann ve ark.⁹, unistik ameloblastomayı histolojik olarak 3 tipe ayırmıştır: tip 1: uniloküler kistik lezyon; tip 2: fibröz kist duvarında infiltrasyon yoktur ve intralüminal pleksiform epitelyal proliferasyon mevcuttur; tip 3: kist duvarında epitelyal invazyon olabilir yada foliküler/pleksiform yapı mevcuttur. Ameloblastomanın tedavisi; klinik, radyolojik, histolojik bulgulara göre; konservatif cerrahi (küretaj/ enükleasyon), radikal cerrahi (total/parsiyel rezeksiyon), radyoterapi, kemoterapi ve kombinasyonları ile yapılmaktadır.^{1,11} Tip1 ve 2 unistik lezyonunun tedavisi için enükleasyon ve küretaj yeterlidir.^{3,6,8} Tip 3 unistik lezyonda ise kist duvarında epitelyal invazyon olduğu için nüksü yüksektir. Bu yüzden; tedavide daha radikal olmak gerekir ve yaklaşık 1-2cm'lik periferik sağlam kemik rezeke edilmelidir.^{3,5,8} Enükleasyon sonrası nüks oranı %10-20 civarındadır ve bu yüzden uzun dönem takip mutlaka yapılmalıdır.⁸ Olgumuzun radyolojik incelemesinde, literatürde bildirildiği gibi, kisti andıran uniloküler radyolüsent saha ile karşılaşmıştır. Alınan anamnezde, ilgili bölgede ağrının varlığı bize ilk olarak unistik ameloblastomayı düşündürmemesine karşın, tümörün tanısı histolojik olarak doğrulanmıştır. Yapılan histolojik incelemede nüks ihtimalini artıran epitelde invazyona rastlanmamıştır. Enükleasyon sonrasında zayıf derecede nüks ihtimali taşınması dolayısıyla, vaka üç yıl süreyle takip edilmiş ve herhangi bir nüksle karşılaşmamıştır.

Konservatif teknikler, lokal nüksü kontrol altına almakta başarısızdır ve radikal yaklaşımlar ise; tedavi sonrasında fonksiyonel ve estetik açıdan, olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.¹ Ameloblastoma tedavisinde lokal nüks oranını azaltmak için küretaja veya enükleasyonla birlikte, nitrojen sprej ile yapılan kriyocerrahi önerilmektedir. Bu kombine tedavi, ameloblastomayı kontrol altına almak için konservatif bir yaklaşım sunmaktadır. Fakat lokal nüks sonrası, ikinci veya üçüncü bir cerrahi işlem gerekebilmektedir. Bu nedenle, bu teknik ancak lezyonun uzun dönem takip imkanı olduğu durumlarda endikedir.

Ameloblastomanın malignite eğilimi son derece enderdir ve malign ameloblastoma ve ameloblastik karsinomaya dönüşüm gösterir. Ameloblastomanın malign tiplerinin metastazı genellikle akciğer ve lenf düğümlerindedir.^{10,12} Bazı araştırmacılar metastatik ameloblastomanın, klasik ameloblastomadan histolojik olarak farksız olduğunu savunurken, bazı araştırmacılar ise; metastatik tümör veya nükslerde, malign özelliğın belirgin olduğunu ifade etmektedir. Lau ve ark.¹², klasik ameloblastomanın, tekrarlayan cerrahi eksizyonlardan yıllar sonra, malign dönüşüm gösterebileceğini belirtmişlerdir. Vaka raporumuzda, tedavisi yapılan unistik ameloblastomada malignite ihtimalini düşündüren klinik veya histolojik bulguya rastlanmamıştır. Yapılan konservatif yaklaşımdan sonra takip döneminde malign eğilim gösteren bir nüksle karşılaşılırsa, tümörün tekrar değerlendirilip, gerekirse radikal yaklaşımla tedavi edilebileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇ

Ameloblastomanın diğer formlarına göre daha az agresif olarak tanımlanan unistik ameloblastoma, konservatif cerrahi yöntemlerle başarılı olarak tedavi edilebilmektedir. Solid ameloblastomadan, görülme yaşı ve nüks oranı açısından farklılık gösterir. Bu çalışmada, mandibulada molar bölgede lokalize, kistik lezyon teşhisiyle opere edilen bir vaka raporu sunulmaktadır. Cerrahi olarak enükle edilen lezyona, histopatolojik inceleme sonucu unistik ameloblastoma tanısı konulmuştur. Klinik ve radyolojik kontrollerde tam bir iyileşme gözlenmiştir ve 3 yıllık takipte nüksle rastlanmamıştır. Unistik ameloblastoma tedavisinde, enükleasyon başarılı bir yöntemdir, ancak nüks ihtimali nedeniyle hastanın uzun dönem takibi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Curi M M, Dib L L, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:339-44.
2. Arieh Y K, Dan D, Isack H. Cystic ameloblastoma – An endodontic differential diagnostic problem. *J End* 1987;13(7):358-361.
3. Jun Li T, Tang Wu Y, Feng Yu S, Yan Yu G. Unicystic ameloblastoma. *Am J Surg Pathol* 2000;24(10):1385-1392.
4. Eversole L R, Leider A S, Strub D. Radiographic characteristics of cystogenic ameloblastoma. *Oral Surg* 1984;57:572-577.

5. *Hollows P, Fasanmade A, Hayter J P. Ameloblastoma – a diagnostic problem. Br Dent J 2000;188(5):243-44*
6. *Robinson L, Martinez M. Unicystic Ameloblastoma: A prognostically distinct entity. Cancer 1977;2278-2285.*
7. *Ferretti C, Polakow R, Coleman H. Recurrent ameloblastoma: Report of 2 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:800-804.*
8. *Jones S P, Ghali G E, Lowe B, Eichstaedt M. Large maxillary mass in a child. J Oral Maxillofac Surg 2001;59:1057-61.*
9. *Ackermann G L, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: A clinicopathologic study of 57 cases. J Oral Pathol 1988;17:541-544.*
10. *Regezi J A, Sciubba JJ. Oral Pathology. Clinical pathologic correlations 3rd Edition. W.B. Saunders Company 1999; 323-335.*
11. *Keskin A, Tuncer N, Delilbaşı Ç. Cystic ameloblastoma of the mandible: Report of five cases. J Marmara Univ Dent Fac 2000;4(1):85-89.*
12. *Lau S K, Tideman H, Wu PsC. Ameloblastic carcinoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:78-81.*

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Hatice Altundal
Yeditepe Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A D
Bağdat Cad. No:238
34728 Göztepe/İstanbul
Tel: 0216 363 60 44/212
Cep: 0 532 684 44 31
Fax:0216 363 62 11
e.mail:haltundal@hotmail.com