

ISSN 0250-5150

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

D E R G İ S İ

CİLT: 27

SAYI: 3

2011

Ameloblastomada Cerrahi Yaklaşımın Değerlendirilmesi ve Olgu Sunumu

Dr. Nazım GÜMÜŞ¹, Dr. Kenan ÇOBAN², Dr. Yalçın KAYA¹

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği¹, ADANA
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi² Anabilim Dalı,
KAHRAMANMARAŞ

Çalışmanın yapıldığı yer: Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ADANA

ÖZET

AMAÇ: Çalışmada, mandibulada kitle nedeniyle kliniğimizde tedavi edilen 3 ameloblastoma olgusunun bulguları ve tedavisi sunulup, cerrahi yaklaşım değerlendirildi.

YÖNTEM: Ameloblastoma, odontojenik kökenli ektodermal epitelin ameloblastlara diferansiyasyonu sonucu gelişen bir tümördür. Kitle eksizyonu ve küretaj uygulanan hastalar ortalama 11 ay takip edildi.

SONUÇ: Radyolojik bulguların düzelmesinin, klinik bulgulardan daha yavaş olduğu belirlendi. Sık kontrol muayenesi yapılan hastalarda nüks görülmedi.

YORUM: Tedavide, mandibulektomi ve kemik grefti yada flebini içeren radikal cerrahi girişimlerin nüks gösteren olgularda planlanabileceği düşünüldü.

Anahtar Sözcükler: Ameloblastoma, mandibulada kitle, küretaj.

GİRİŞ

Mandibula tümörleri ağızda ve yüzde şişlik, çenede ağrı, dişlerde sallanma bulguları ile veya tesadüfen diş muayenesi veya tedavisi sırasında dikkati çeker. Radyolojik incelemede radyolusen, radyopak veya kombine dansiteli olabilir. Radyolojik inceleme kesin tanıda önemli bir araçtır. Bu tümörler kistik, inflamatuvar, gelişimsel veya travma sonrası kitleler olarak sınıflandırılabilir⁴. Kemik içine yerleşen benign yapılı kist ve kitlelerde korteks invazyonu tesbit edilmezken, malign karakterli kitle ve kistlerde ise iç ve dış kortekte tahribat gelişebilir. Muayene ve radyolojik inceleme ile lezyonun histopatolojik ayrımı yapılamazken, kesin tanı için biyopsi yada eksizyon materyalinin patolojik incelemesi gereklidir.

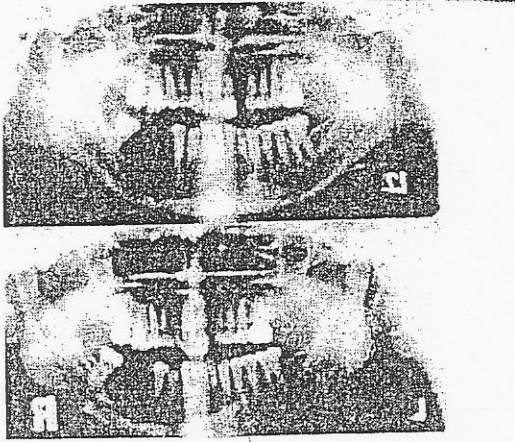
Ameloblastoma, odontojenik kökenli ektodermal epitelin ameloblastlara diferansiyasyonu sonucu gelişen ve lokal invazyon

gösterebilen bir iyi huylu tümördür. Bu çalışmada, mandibulada ameloblastoma nedeniyle takip edilen üç olgunun bulguları, tedavisi ve sonuçları sunulup, tedavi prensipleri tartışıldı.

OLGU 1

Ağızda ve yüzde sağda şişlik şikayeti ile başvuran hasta, 52 yaşında ve bayandı. Yaklaşık 8 aydan beri ağızda zamanla büyüme gösteren kitlenin, son iki aydır dişlerinde sallanma oluşturduğunu belirtti. Sağ labiyojinival bölgede submukozal yerleşimli 1.5x3cm boyutlu sert kıvamlı kitle vardı. Kesici dişlerin biri sublukseydi. Sağ yüzdeki şişlik nedeniyle yüz asimetrisi belirgindi. Palpabl bölgesel lenf nodu tesbit edilmedi. Panoreks grafide sağ korpus mandibuladan simfize uzanan, başlangıç bölgesinde radyolusen görülen ve sola doğru kısmen radyopaklaşan mandibula kitlesi vardı. Kistik yapının sınırları belirgindi (Resim 1).

Geliş Tarihi: 28.05.2002
Kabul Tarihi: 19.06.2002



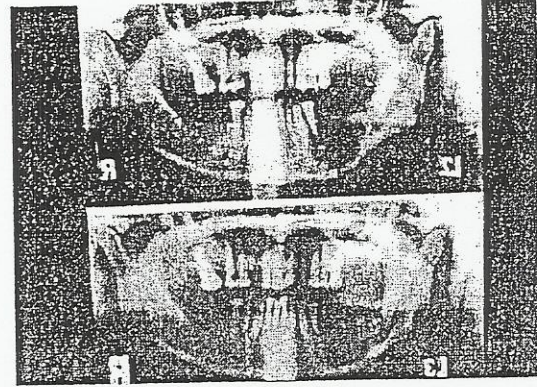
Resim 1. Sol mandibulaya yerleşmiş unistik kitle sınırları belirgin olarak, müdahale öncesi (üst) ve sonrası (alt) görülüyor.

OLGU 2

Sol yüzde şişlik nedeniyle kliniğimize gelen kadın hasta 58 yaşındaydı (Resim 2). Yüzde asimetri ve labiojinjival bölgede 2x2,5 cm boyutlu kitle vardı. Kitle sert kıvamlı ve mandibula içine yerleşmişti. Servikal, submandibuler, submental lenfadenopati tesbit edilmedi. Pantomografi incelemesinde sol mandibulada radyolusen görünümlü kistik kitle vardı (Resim 3).



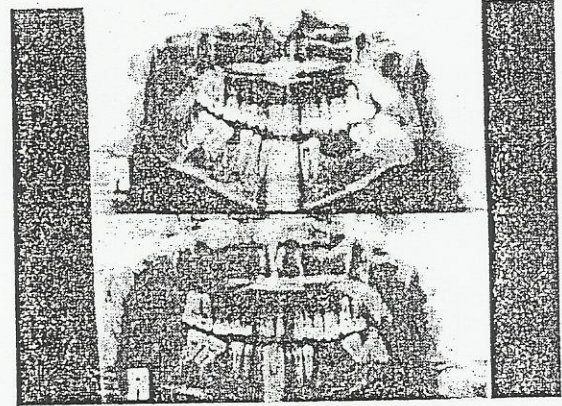
Resim 2. Sol yüz kitlesi nedeniyle başvuran olgu 2'nin görünümü.



Resim 3. Olgu 2'nin müdahale öncesi (üst) ve sonrası (alt) unistik kitlesi görülüyor.

OLGU 3

Sağ yüzde ve ağızda 6 aydan beri oluşan şişlik nedeniyle kliniğimize başvuran hasta, 23 yaşında ve bayandı. Mandibula arka bölgesinde ve kulak önünde şişlik vardı. Ağız içinde molar dişler ve retromolar bölgede jinjiva altında kitle görüldü. Radyolojik incelemede korpus, angulus ve ramus mandibulayı içine alan septalı görünümlü radyolusen kitle tesbit edildi. Molar diş kökünde erozyon dikkat çekmekteydi (Resim 4). Bölgesel adenopati bulunmadı.



Resim 4. Olgu 3'ün mandibuladaki kitlesi ve molar diş kökündeki erozyon ameliyat öncesi (üst) ve sonrası (alt) görülmekte.

Her üç olguda, bukkojinjival insizyon ve mukoza diseksiyonu ile kitleye ulaşılarak, elevatör yardımı ile mandibuladan çıkarıldı. Kanamalı ve sert kıvamlı olduğu görüldü. Ancak operasyon sırasındaki bulgular ameloblastoma için yada

benign malign tümör ayrımı için spesifik değildi. Eksizyon sonrasında küretaj yapılarak kitlenin tüm parçaları çıkarıldı. Eksizyon materyalinin patolojik incelenmesi sonrasında, histopatolojik yapı ilk iki hastada, akantomatöz tip, son olguda pleksiform tip ameloblastoma olarak belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaya ve tümöre ait bulgular görülmektedir.

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Yerleşim bölgesi	Patolojik tip	Radyolojik tip
1	52	K	Korpus - simfiz	Akantomatöz	Unikistik
2	58	K	Korpus	Akantomatöz	Unikistik
3	23	K	Ramus - angulus	Pleksiform	Multiloküler

Hastalar operasyondan sonra klinik ve radyolojik olarak takibe alındı. Olgular ortalama 11 ay (9-12 ay) takip edildi. Nüks saptanmadı. Radyolojik olarak iyileşme klinik düzelmeden daha yavaş ilerledi. Pantomografi incelemesinde, radyolusen görünüm küçülmesine ve klinik olarak sorun olmamasına rağmen devam etmekteydi (Resim 1, 3, 4).

TARTIŞMA

Ameloblastoma diş kökenli ektodermal hücrelerden köken alan benign yapılı bir tümördür. Epitelyal elementlerden kaynaklanacağı gibi, dentijiröz kist, enamel organ veya periodontal membrandan gelişebilir. Ameloblastik fibroma ise, patolojik olarak karışabilen yavaş büyüyen genelde asemptomatik olan bir başka benign tümördür. Ameloblastoma nüks gösterebilen, lokal invazyon yapabilen, 20-50 yaşlarda sık geliştiği bildirilen, pek sık görülmeyen bir oluşumdur. Nadiren metastaz yapabildiği bilinmektedir. Kansellöz kemikte invazyon yapabilirken, kompakt kemik dokusunda sadece erozyon yapabildiği bildirilmektedir^{3,4,7,8}. Patolojik olarak akantomatöz, folliküler, pleksiform, granüler ve desmoplastik tipleri vardır. Akantomatöz tip skuamoz metaplazi içerir. Granüler tipte hücrelerin içerdiği lizozomal agregatlar nedeniyle sık tekrarlama görülmektedir. Agresif seyir ve metastaz göstererebilir. Yakın takip

önerilmektedir^{6,8}. Folliküler ve pleksiform tip daha selim davranışlıdır.

Mandibulanın kist ve kitlelerinde fizik muayene ve radyolojik inceleme ile histopatolojik yapının belirlenmesi mümkün olmadığından, genellikle kitle eksizyonu ve küretaj sonrasında histopatolojik inceleme yapılabilmektedir. Bu yaklaşım sık görülen birçok iyi huylu tümör için, tedavi anlamı da taşımaktadır^{4,7,10}. Ancak malign yapılı tümörler için, işlem biyopsi değeri taşıyıp, tekrar tedavi planlanmasını gerektirmektedir.

Ameloblastoma radyolojik olarak değişik görünümlü olabilmektedir. Uniloküler veya multiloküler şekilde görünüm verebilir. Dentijiröz kist, multiloküler kist yada bal peteği şeklinde görülebilir. Diş köklerinde tahribat yaratan kistik kitle görünümü ise, en sık radyolojik bulgu olarak belirtilmektedir^{1,4,10}. Bu durum son olguda görülmüştür. Ameloblastoma periferik (ekstraosseöz) ve santral (osseöz) olarak sınıflandırılmaktadır (Tablo 2). Periferik tip yumuşak doku içine yerleşip alveolar kemik ile komşuluk gösterir. Kemikte yüzeysel erozyon oluşturabilir. Dental lamina artıkları veya epitelin bazal tabakasından gelişip, eksizyonu ile tedavisi sonlanır. Tekrarlama eğilimi azdır. Santral ameloblastoma kemik içine yerleşim gösterir. %75 'i molar mandibular bölgeye yerleşip, yavaş büyüme gösterir ve genellikle ağız mukozasını invaze etmez. Hastalarımızda olduğu gibi komşuluğundaki diş köklerini erode etmesi sık bir bulgudur. Çok nadiren metastaz yapabilir^{2,4,6,7,8}. Ameloblastoma mandibuladakinin daha az olmak üzere maksillaya da yerleşebilir. Özellikle arka bölgesinde sık görülür. Tüm tümörün yaklaşık %2 'si maksilla ön bölgesinde görülebilir. Maksilla arkasındaki yerleşimde yaşamsal yapılarla komşuluğu nedeniyle nüks ihtimalini azaltmak amacıyla maksillektomi önerilmektedir^{3,8,9}.

Son hastada tipik olarak görüldüğü gibi, sıklıkla mandibula posterior bölgesine yerleşmektedir. Erişkin yaşların tümörü olduğu ve 20-50 yaşlarda sık geliştiği bildirilen tümör,

hastalarımızda da 23, 52 ve 58 yaşında tesbit edildi.

Tablo 2: Ameloblastoma sınıflandırılması.

1. Periferal (ekstraosseöz)
2. Santral (intraosseöz)
a. Unikistik
-intraluminal
-mural
-intramural
b. Pleksiform unikistik
c. Multikistik veya solid

Tedavide, cerrahi eksizyon ile küretaj sonrasında sıkı takip konservatif yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Ancak tekrarlayan olgularda daha radikal girişimler önerilmektedir. Uzun süreli takiplerde tekrarlama oranını %35-55 olarak bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{3,5,7,10}. Uniloküler görümlü kitlelerde enükleasyon ve küretaj ilk tedavi seçeneği olarak değerlendirilirken, multiloküler kitlelerde konservatif yada radikal cerrahinin ilk tercihi değişebilmektedir^{3,4,7}. Yaşamsal bölgelere komşuluktaki tümör radikal cerrahi ile tedavi edilmelidir. Çünkü tekrarlama sonrasında eksizyonu güç yada imkansız olabilmektedir. Maksilla ve mandibulanın tümör ile birlikte eksizyonu ve kemik grefti ile onarımı bu olgularda seçilecek etkili bir yöntem olarak bildirilmektedir⁸. Uniloküler kitlede nüks oranının çok daha az olduğu belirtilmektedir. Genel olarak radyorezistan olarak bilinen tümöre inoperabl olgularda radyoterapi önerilebilmektedir^{3,8}. Hastalarda tümör eksizyonu ve küretaj ile konservatif yaklaşımda bulunuldu. Son olguda kitlelenin büyük olması nedeniyle, radikal müdahale sonrasında oluşabilecek morbiditeden kaçınıldı. Mandibulektomi sonrasında rekonstrüksiyonun güçlüğü ve oluşabilecek kozmetik kusur da koruyucu yaklaşımda etkili oldu. Tekrarlama durumunda mandibulektomi ve kemik grefti ile onarım seçeneği planlandı. Ancak takip süresince nüks ile karşılaşılmadı.

Ameloblastoma tedavisinde, hastanın yakın takibinin ve radikal cerrahi girişimlerin nüks gösteren olgularda planlanmasının uygun olacağı düşünüldü.

SUMMARY

Ameloblastoma: Assessment of Surgical Approach and Case Report

PURPOSE: In this study, 3 patients who had ameloblastoma was treated in our clinic which were presented with their clinical and radiological signs. Surgical approach for ameloblastoma was discussed.

METHOD: The ameloblastoma originates from odontogenic ectodermal epithelium with differentiation into ameloblasts. Conservative curettage and excision was performed for the mandibular mass. These patients were followed to 11 months.

RESULTS: No recurrences of the mass was observed in the following time. Clinical signs improved more rapidly than radiological evidence.

CONCLUSIONS: Radical surgical interventions which include mandibulectomy and bone graft or flap may be planned in the recurrent cases.

Key Words: Ameloblastoma, mandibular mass, curettage.

KAYNAKLAR

1. Corio RL, Glodblatt LI, Edwards PA. Ameloblastic carcinoma: A clinical pathologic study and assessment of eight cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 570-576.
2. Crawley WA, Levin LS. Treatment of ameloblastoma. A controversy. *Cancer* 1978; 42: 357-363.
3. Gardner DG, Pecak AMJ. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer* 1980; 46: 2514-2519
4. Georgiade NG, Georgiade GS, Harter TB. Solid and cystic tumors of the jaw. In: Gregory SG and Nicholas GG, eds. *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1992, 2nd ed. p433-453.
5. Huffman GG, Thatcher JW. Ameloblastoma - the conservative surgical approach to treatment: report of four cases. *J Oral Surg* 1974; 32: 850-854.
6. Isacson G, Anderson L, Forslund H. Diagnosis and treatment of the unicystic ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15:759-64.
7. Katsantonis CP, Krebs F, Simo F. Mandibular reconstruction following resection for benign tumors.

- In: Fred J Stucker, eds. Plastic and Reconstructive Surgery of the Head and Neck, Philadelphia: B C Decker 1991, p 463-465,.
8. Larsen PE, Hegtvedt AK. Odontogenesis and odontogenic cysts and tumors. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, eds. Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Missouri: Mosby-Year Book 1993, 2nd ed. 1414-1442.
9. Tsaknis PJ, Nelson JF. The maxillary ameloblastoma: An analysis of 24 cases. J Oral Surg 1980; 38: 336-342.
10. Ueno S, Mushimoto K, Shirasu R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. J Oral Maxillofac Surg 1989; 47:11-15.

Yazışma Adresi:

Dr.Nazım GÜMÜŞ
Atatürk caddesi No:55
Lütfiye Sümer Apt. 167/A kat:2
ADANA
Tlf: 0322- 459 53 30, 459 77 51