

Genç Yaşta Görülen Mandibular Ameloblastoma

Beşir ERDOĞMUŞ¹, Ramazan BÜYÜKKAYA¹, Ayla BÜYÜKKAYA¹, Ömer YAZGAN¹, Sibel YAZGAN¹, Burhan YAZICI¹,

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, DÜZCE

ÖZET

Ameloblastom çeşitli gelişim aşamalarındaki enamel organ ve fibröz stromalı epitelden gelişen odontojenik bir neoplazidir. Bu tümör çene bölgesinde görülür, iyi huylu olmasına karşılık lokal yayılım gösterir. Ameloblastom maksilla ve mandibuladaki tümörlerin %1'ini ve odontojenik kaynaklı tümörlerin %11'ini oluşturur. Ortalama 30-50 yaşları arasında sıklıkla görülür. Bu çalışmada ameloblastomlu genç bir olguyu sunuyor (17 yaş) ve ameloblastomun klinik, radyolojik, histopatolojik bulgularını literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ameloblastom; Bilgisayarlı Tomografi; mandibula; odontojenik tümör

Mandibular Ameloblastoma Which is Seen Young Adult

ABSTRACT

Ameloblastoma is a tumor of odontogenic type, arising from the epithelium with fibrous stroma and enamel organ in different steps of evolution. It is an odontogenic tumor that is located in the jaw region and though it is a benign entity it may be locally invasive. Ameloblastoma represents 1 % of maxillary and mandibulary tumors and 11 % of odontogenic tumors. It is frequent 30-50 years of age. In this study, we present a young patient and review the literature with clinical, radiological, histopathologic findings of ameloblastoma

Key Words: Ameloblastoma; Computed Tomography; mandibula; odontogenic tumor

GİRİŞ

Ameloblastoma benign epitelyal neoplazmdir ve odontojenik tümörlerin %10 kadarını oluşturur. Bu neoplazmlar dental foliküler epiteli de içeren odontojenik epitelin değişik kaynaklarından gelişirler ve lokal olarak agresif davranış gösterirler(1). Kadın erkek oranı eşittir. Ameloblastomalar genellikle hayatın 3-5. dekadında görülmelerine karşın tüm yaşlarda görülebilirler. Hastalar genellikle yavaş büyüyen ağrısız kitleyle gelirler. Vakaların %80 kadarında ameloblastomalar mandibula gövdesinin posteriorunda ve ramusunda ortaya çıkarlar. Lezyon boyutları değişik olabilir(3). 17 yaşındaki erkek hastamızdaki mandibular yerleşimli ameloblastoma olgusunu literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

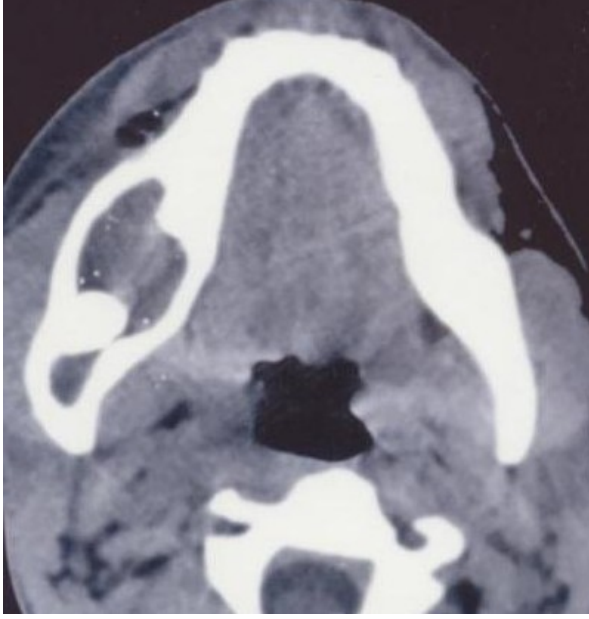
OLGU SUNUMU

Onyediy yaşındaki erkek hasta 8 aydır yüzünün sağ tarafında asimetriye neden olan şişlik ve ağrı şikâyeti ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Yapılan muayenesinde 2. molar diş posteriorunda ortası ülsere görünümde çevresindeki bukkal mukozada inflamasyona neden olan lezyon tespit edildi (Resim 1).

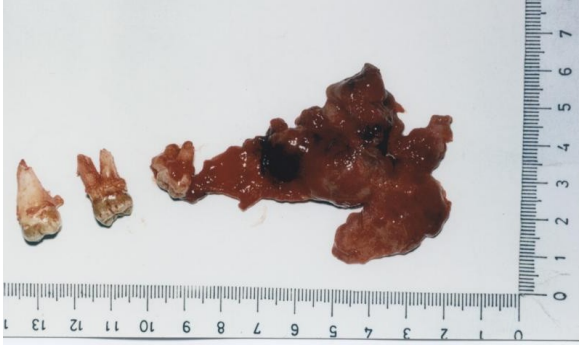


Şekil 1. Sağ 2. molar diş posteriorunda ortası ülsere görünümde çevresindeki bukkal mukozada inflamasyona neden olan lezyon

Bilgisayarlı Tomografisinde sağ mandibular ramusda 4,5x6,5 cm boyutlarında litik, ekspansil, üniloküle, kistik, hipodens yumuşak doku dansitesinde lezyon izlendi. Lezyon içerisinde hiperdens dişe ait görünüm ve kitlenin yumuşak doku uzanımları bulunmamaktaydı (Resim 2). Klinik ve radyolojik bulgularla olgunun ameloblastoma olabileceği düşünüldü. Operasyon sonrası hastanın tanısı histopatolojik olarak da doğrulandı (Resim 3).



Şekil 2. 4,5x6,5 cm boyutlarında litik, ekspansil, hipodens yumuşak doku dansitesinde kitle lezyon ve içerisinde hiperdens dişe ait görünüm dikkati çekmiş olup kitlenin yumuşak doku uzanımları bulunmamaktadır.



Şekil 3. Lezyonun makroskopik görünümü

TARTIŞMA

Odontojenik tümörler mineralizasyonlu (odontoma, odontojenik miksoma) veya mineralizasyonsuz (ameloblastoma, odontojenik kerotokist, dentigenöz kist, radiküler kist) olarak 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). Bizim olgumuz ameloblastoma olması nedeniyle mineralsiz tümör grubuna girmektedir.

Ayrıca çene lezyonları kistik ve sklerotik olarak da sınıflandırılabilir.

Ameloblastomalar çenenin kistik lezyonları içerisinde radiküler kistlerden sonra 2. sıklıkta görülen enamel organ veya çene ringinden köken alan odontojenik tümörlerdir(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). Metastaz yönünden yapılan taramalarda hastamızda metastatik odak saptanmamıştır.

Çok sıklıkla 3. ve 5. dekatta görülmesine karşın bizim olgumuzda (17 yaş) olduğu gibi nadiren genç yaşlarda da görülebilir. En sık semptom yavaş büyüyen ağrısız şişliktir. Daha az sıklıkta dental malokluzyon, ağrı, parestezi veya anestezi görebilir (6).Tümör enfekte olmadıkça ya da sinir tutulumu yapmadıkça ağrı nadirdir(7). Bizim olgumuzun gelişi şikâyeti ağrı ve şişlikti. Olgumuzdaki ağrının nedeninin fizik muayenesinde mukozal inflamasyonun görülmesi nedeniyle enfeksiyona bağlı olduğu düşünüldü. Ameloblastomun direk grafi bulguları tümörün tipine göre değişiklik gösterir. Kistik yada solid yapıda, uniloküler veya multiloküler görünümde ekspansil lezyon olarak izlenebilirler (7). Olgumuzda uniloküle, hipodens görünümlü kemikte rezorpsiyon ve ekspansiyon varlığı mevcuttu. Ayrıca dişlerde kök rezorpsiyonu dikkati çekmekteydi. Direk grafilerde lezyonun net sınırları çevre yapıya uzanımı ve yumuşak doku invazyonlarını göstermede yetersiz kalmaktadır.

BT lezyonun unistik ya da multistik yapısını net olarak gösterir. Olgumuzda lezyon unistik görünümdeydi. Bu özellik önemlidir çünkü, biyolojik davranış olarak, unistik ameloblastomun multistik olandan daha az agresif olduğu düşünülmektedir (4) Multistik ameloblastomlar daha agresif seyirli ve nüks oranları yüksektir (8). BT ile tümörün ekspansil karakteri, iç ve dış mandibuler korteksin korunup korunmadığı, kitlenin infratemporal fossaya, ağız tabanı ve komşu yumuşak dokulara uzanımı, maksiller

antrumun posterolateral duvarı ile ilişkisi iyi değerlendirilir (3,4,9).

Metalik dış 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 (6). Mandibula ramusundaki büyük lezyonların yaklaşımı tümörün komşu yumuşak dokuya ve infratemporal fossaya uzanımı nedeniyle özellikle güçtür ve yetersiz tedavide rekürrens oranı yüksektir(7). Olgumuzda lezyon sağ mandibula ramus kaynaklı olup infratemporal fossaya uzanımı bulunmamaktaydı. BT

lezyonun sınırlarının saptanmasında operasyon sonrası nüks takibinde yararlanılmaktadır.

Olgumuzun genç yaşta olması ve ağrı şikâyetinin bulunması literatürdeki diğer olgulardan farklı olmasını sağlamaktadır. Çenede ağrısız kitle ile presente olması ve 3-5. dekadlarda sık görülmesine rağmen çenede kitle şikâyeti ile başvuran ve ağrısı bulunan genç hastalarda da ameloblastom ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Yazışma adresi:

Doç. Dr. Beşir ERDOĞMUŞ

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji

Anabilim Dalı, DÜZCE

Tel: 0380 542 1390

Faks: 0380 5421387

Email: besirerdogmus@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and Cystic Lesions of the mandible: Clinical and Radiologic - Histopathologic Review Radiographics. 19: 1107-1124, 1999.
2. Dahnert W. Radiology Review Manuel. 2n.ed Philadelphia: Williams-Wilkins, pp: 123, 1996.
3. Cihangiroğlu M., Akfırat M., Yıldırım H. CT and MRI findings of ameloblastoma in two cases. Neuroradiology. 44: 434-437, 2002.
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. 14(3):225-30, 1991.
5. Weissman JL, Snyderman CH, Yousem SA, Curtin HD. Ameloblastoma of the maxilla: CT and MR appearance. AJNR Am J Neuroradiol. 14(1):223-6, 1993.

6. 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. 13(3):395-400; discussion 400, 2002.
7. Sayın B, Kabaçam G, Yıldırım N, Güler Ö, Dede D, Granüler hücreli dev ameloblastoma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 4: 267-271, 2004.
8. Minami M, Kaneda T, Yamamoto H, ve ark. Ameloblastoma in the maxillomandibular region: MR imaging. Radiology. 184(2):389-93, 1992.
9. Cohen M, Hertzanu Y, Mendelsohn D. Computed Tomography in the Diagnosis and Treatment of Mandibular Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg. 43:796-801, 1985.