

MANDİBULADA UNİKİSTİK AMELOBLASTOMA: OLGU SUNUMU

MANDIBULAR UNICYSTIC AMELOBLASTOMA: CASE REPORT

¹Tuğçe ÇEVİK, ¹Halit ŞENGEL, ²Reyhan EĞİLMEZ, ¹Esra ALTUNSOY

¹Araştırma Görevlisi, Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, SİVAS

²Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, SİVAS

Özet

Ameloblastoma odontojenik epitel kökenli tümördür, solid/multikistik, unikistik ve periferal olmak üzere 3 türü vardır. Unikistik ameloblastom terimi; klinik ve radyografik özellikleriyle odontojenik kiste benzeyen, ancak histolojik olarak kist kavitesinin bir bölümünü kaplayan ameloblastomatöz epitel varlığı içeren kistik lezyonları tanımlamak için kullanılır. Unikistik ameloblastomanın multikistik ameloblastomaya göre daha agresif olduğuna, bu nedenle enükleasyon ve küretaja daha olumlu bir yanıt verdiğiğine inanılmaktadır.

Bu vakada, 31 yaşındaki erkek hastanın posterior mandibulasında uniloküler radyografik görüntü veren unikistik ameloblastomanın enükleasyon sonrası 1 yıllık takibi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ameloblastoma, Enükleasyon, Odontojenik tümör

Abstract

Ameloblastoma is an odontogenic epithelium-derived tumor. There are three types, solid/multicystic, unicystic and peripheral. The term unicystic ameloblastom, is used to describe cystic lesions that include an ameloblastomatous epithelial entity that resembles an odontogenic cyst with clinical and radiographic features but histologically covers a portion of the cyst cavity. It is believed that unicystic is more aggressive than multicystic ameloblastoma, therefore it gives a more positive response to enucleation and curettage.

In this case, a 1 year follow-up of the unicystic ameloblastoma showing unilocular radiographic image in the posterior mandible of a 31 year-old male patient after enucleation is presented.

Keywords: Ameloblastoma, enucleation, odontogenic tumor

Giriş

Ameloblastoma odontojenik epitelin gerçek bir neoplazmidir. Tüm oral ektodermal tümörlerin yaklaşık %1'ini ve odontojenik tümörlerin %9'unu oluşturur (1). Epitelyal orjinli, yavaş büyüyen, inatçı ve lokal agresif bir

tümördür. Hayatın 3 ve 4. dekatlarında daha çok görülmekle birlikte, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür (2). Ameloblastomalar multikistik (solid), unikistik ve periferal ameloblastoma olmak üzere üç grupta sınıflandırılır (3).

Unikistik ameloblastoma (UA) kist olarak düşünülen bir ameloblastoma türüdür (4). İlk olarak 1977 yılında Robinson ve Martinez tarafından tanımlanmıştır (5). Unikistik ameloblastoma; daha az agresif özellikte olup, daha az nüks oranına sahiptir ve prognozu multikistik tipe göre daha iyidir (6). Sıklıkla mandibular molarlar ve ramus bölgesinde

İletişim Adresi

Dt. Tuğçe ÇEVİK
Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, 58140
Sivas

e-mail: tugcecevik_89@hotmail.com

görülür (7). Radyografik olarak, genellikle sınırları belirgin uniloküler radyolüsent lezyon olarak gözlenir (8).

Bu makalede mandibular 3. molar ve ramus bölgesinde lokalize olan unistik ameloblastoma olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu


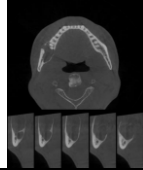

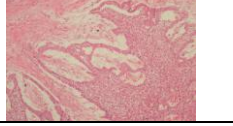


31 yaşındaki erkek hasta sağ mandibular posterior bölgede ağrı ve şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın klinik muayenesinde sağ alt çene molar bölgede vestibülde şişlik mevcut olduğu ve 2. molar dişin distalindeki diş etinin ülere görünümde olduğu gözlemlendi. Sağ taraftaki şişlik nedeniyle yüz asimetrisi belirgindi. Palpasyonda bölgesel lenf nodu tespit edilemedi.

Panoramik radyografide 2x4 cm boyutunda, 2. molar dişin distalinden ramusa kadar uzanan uniloküler radyolüsent görümlü lezyon tespit edildi. Kistik yapının sınırları belirgindi. 2. molar dişin distalinde kemik kaybı ve dişin distal kökünde rezorpsiyon gözlemlendi (Resim 1). Üç boyutlu dental tomografi görüntüsünde 2. molar dişin distalinden incisura mandibularise kadar genişleyen litik, uniloküler kist kavitesinin mevcut olduğu ve bukkal kortekste perforasyon mevcut olduğu görüldü. Lezyon içerisinde dişe ait görünüm ve yumuşak doku uzanımları bulunmamaktaydı (Resim 2).

Klinik ve radyografik olarak yapılan incelemeler sonucunda odontojenik keratokist olabileceği düşünülen lezyonun ayırıcı tanısında ameloblastoma, keratokistik odontojenik tümör, rezidüel kist ve travmatik kemik kisti düşünülmüştür. Bukkoginival insizyon ve mukoza diseksiyonu ile kitleye ulaşılarak lezyon kapsülüyle birlikte mandibuladan çıkarıldı. Sağ alt 7 nolu diş; lezyon sınırları içinde olması ve yeterli kemik desteği olmaması nedeniyle çekildi. Operasyon sırasındaki bulgular ameloblastoma için ya da benign malign tümör ayırımı için spesifik değildi. Eksizyon sonrasında küretaj yapılarak kitlenin tüm parçaları çıkarıldı (Resim 3) ve bir miktar sağlam kemikten kaldırılarak bölge kapatıldı. Eksizyonel biyopsi materyali histopatolojik

inceleme için gönderildi. Mikroskopik olarak Hematoksilen eozin ile yapılan (H&E) boyamada skuamöz ve bazaloid hücrelerin oluşturduğu solid alanlar tespit edildi (Resim 4) ve ameloblastoma tanısı konuldu. Ki-67 ile yapılan immunohistokimyasal incelemede ise, hücresel proliferatif aktivitenin varlığı (Ki 67 indeksi %20) saptandı (Resim 5). Elde edilen klinik, radyografik ve histopatolojik bulgulara göre; lezyonun tanısı unistik ameloblastoma olarak belirlendi.

Operasyondan sonra klinik ve radyografik olarak takibe alınan hastada iyileşmenin iyi olduğu görüldü ve 1 yıldır takip edilen hastada rekürrens saptanmadı (Resim 6).

		
Resim 1: Sağ alt çene posterior bölgede, unistik lezyonun sınırlarını gösteren panoramik radyografik görüntü	Resim 2. Lezyonun sınırlarını gösteren aksiyal ve sagittal dental tomografik görüntüsü	Resim 3. Enükleasyon sonrası elde edilen biyopsi örneği
		
Resim 4. Bazaloid hücrelerle çevrili skuamöz hücrelerin oluşturduğu ameloblastoma (H&E, x100)	Resim 5. Bazaloid ve skuamöz hücrelerde Ki-67 indeksi, %20 (IHK, Ki-67, x100)	Resim 6. Operasyondan 1 yıl sonraki panoramik radyografik görüntü

Tartışma

Unistik ameloblastoma, diğer odontojenik lezyonlarla (dentigeröz kist, odontojenik keratokist) ortak klinik ve radyografik özelliklere sahip olan, bu nedenle tanıyı zorlaştıran odontojenik bir tümördür (9). Multistik/solid ameloblastomalara göre, genellikle daha genç hastalarda (2. ve 3. dekatlar) ve %50'si 2. dekatla görülür (2). Lezyonların büyük çoğunluğu mandibuladadır ve posterior mandibula en sık etkilenen bölgedir (10). Bu vakada başlangıçta odontojenik keratokist, dentigeröz kist olabileceği düşünülen,

31 yaşındaki erkek hastada mandibula angulus ve ramus bölgesini içeren unikistik ameloblastoma olgusu sunulmuştur.

Unikistik ameloblastoma genellikle asemptomatiktir, ancak büyük boyutta olanlar çenelerde ağrısız şişlikle birlikte yüzde asimetriye neden olabilirler (11). Radyografik olarak UA; unilokuler ve multilokuler olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır ve unilokuler form daha sık görülür (12). Bizim vakamızda klinik olarak ağrı şikayeti ile birlikte ekstraoral şişlik; radyografik olarak ise sınırları belirgin unilokuler görüntü mevcuttu.

Histopatolojik inceleme ameloblastomanın tedavisinde önemli rol oynar. Mandibulanın kist ve kitlelerinde fizik muayene ve radyolojik inceleme ile histopatolojik yapının belirlenmesi mümkün olmadığından, genellikle kitle eksizyonu ve küretajı sonrasında histopatolojik inceleme yapılabilmektedir. Bu yaklaşım sık görülen birçok iyi huylu tümör için, tedavi anlamı da taşımaktadır. Ancak malign yapıdaki tümörler için, işlem biyopsi değeri taşıyıp, tekrar tedavi planlanmasını gerektirmektedir (13). Bu vakada kist epitelinin bütünüyle sıyrılması nedeniyle, eksizyonel biyopsi gerçekleştirilmiştir ve nüks ihtimalini ortadan kaldırmak için sağlam kemikten de bir miktar kaldırılmıştır.

Literatür, unikistik ameloblastomanın biyolojik olarak daha az agresif olduğunu ve enükleasyon veya küretaja multikistik ameloblastoma göre daha iyi bir cevap verdiğini göstermektedir (14).

Tümör hücrelerinin proliferatif etkinliğinin, agresifliğin bir göstergesi olduğu bulunmuştur. Ki 67 antijeni, proliferatif hücreler için spesifik bir belirteçtir ve Ki-67 antijeninin immünohistokimyasal olarak saptanması, göğüs, baş ve boyun karsinomaları dahil birçok hastalığın ortaya çıkışındaki hücre proliferasyonunu değerlendirmeyi sağlamıştır (15). Ki-67 indeksi, mandibular ameloblastomun proliferatif aktivitesi ve lokal rekürrensi için iyi bir prognostik belirteç olabilir (16). Bu vakada Ki-67 ile yapılan immünohistokimyasal incelemede Ki 67 indeksinin %20 olduğu saptanmıştır. Bu nedenle nüks ihtimali göz

önünde bulundurulurken, operasyon sonrası 1 yıldır klinik ve radyografik olarak nüks gözlenmeyen hastanın takibi devam etmektedir.

Unikistik ameloblastomanın klinik ve radyografik özelliklerine dayalı tanısı, odontojenik kistler ve tümörler ile benzerlik gösterdiği ve insizyonel biyopsi lezyonun gerçek doğasını yansıtamayabileceği için çoğu zaman imkansız olabilir. Bu vakada enükle edilen materyalin histopatolojik incelemesinden sonra unikistik ameloblastom tanısı konulmuştur. Bu nedenle, tüm lezyonlar için, dikkatli bir histopatolojik inceleme zorunludur ve bu lezyonlar için postoperatif takibin iyi yapılması, nüks ihtimalinin azaltılmasında önemli bir rol oynar.

Kaynaklar

1. Gabhane, M., Kulkarni, M., & Mahajan, A. Unicystic Ameloblastoma of Mandible: A Case Report. Indian Journal of Stomatology. 2011; 2(4).
2. Ramesh RS, Manjunath S, Ustad TH, Pais S, Shivakumar K. Unicystic ameloblastoma of the mandible-an unusual case report and review of literature. Head & neck oncology. 2010; 2(1): 1.
3. Nadendla LK. Unusual imaging appearance of unicystic ameloblastoma. Contemporary clinical dentistry, 2012; 3(4): 475.
4. Barnes L. Pathology and genetics of head and neck tumours. Ed. Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sindransky D. IARC Press, Lyon, France, p: 296-300, 2005.
5. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma. A prognostically distinct entity. Cancer. 1977; 40(5): 2278-2285.
6. Curi MM, Dib LL, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spray cryosurgery. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 1997; 84(4): 339-344.
7. Li TJ, Wu YT, Yu SF, Yu GY. Unicystic ameloblastoma: a clinicopathologic study of 33 Chinese patients. Am J Surg Pathol. 2000; 24: 1385-92.
8. Philipsen HP, Reichart PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. Oral Oncol. 1998 ;34: 317-25.
9. Unawane A, Pandilwar P, Kalaskar R, conservative management of unicystic ameloblastoma in a young child: A case report, Indian journal of dental research and review oct. 2011; 91-2.
10. Reddy SK, Rao GS. Unicystic Ameloblastoma in a 6-year-old child and its significance. World J Dentistry 2011; 2: 363-66.
11. Kiran Kumar KR, George GB, Padiyath S, Rupak S. Mural unicystic ameloblastoma crossing the midline: a rare case report. Int J odontostomat. 2012; 6(1): 97-103.
12. Kumar A, Venkatesh E, Srikanth MDM, Fatima N. An Unusual Case Report of a Unicystic Ameloblastoma in

- the Body of Mandible Masquerading as Radicular Cyst and its Evaluation with Cone Beam Computed Tomography Universal Research Journal of Dentistry. 2013; 3: 41-3.
13. Geogiade NG, Geogiade 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. p: 433-453.
 14. Philipsen HP, Reichert PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. Oral Oncology. 1998; 34: 317.
 15. Blazi M, Ninu BM, Beccioli A. Labelling index in squamous cell carcinoma of the larynx. Head & Neck. 1991; 13: 344-348.
 16. Hegab A, Shuman M, El-Akher MA, Arwlan D. Ki-67 immunohistochemical expression in mandibular ameloblastoma: A prognostic indicator for local recurrence. Open Journal of Stomatology. 2013; 3(9): 520.