GENÇ KADIN HASTADA MANDİBULAR AMELOBLASTOMA- OLGU SUNUMU

Sema KAYA*, Hayrettin BAŞ , Kübra ESKİN *** , Mustafa BİLEN****

* Ağız, Diş Ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hek.imliği Fakültesi, VAN
** Ağız, Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hek.imliği Fakültesi, VAN,
*** Periodontoloji Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hek.imliği Fakültesi, VAN

GİRİŞ

Ameloblastoma lokal invazyonu olan, yavaş büyüyen, odontojenik epitelden köken alani, nüks etme ihtimali yüksek olan benign bir tümördür.[1] Ameloblastoma 1827 yılında Cusack tarafından ilk defa tanımlanmıştır. 1930 yılında ise Ivy ve Churchill tarafından ameloblastoma olarak isimlendirmiştir.[2] Ameloblastomalar sıklıkla asemptomatik seyreden tümörlerdendir ve genellikle yüzde şişlik yapana kadar da herhangi bir semptom vermezler.[3] Bu tümörler ilerleyen dönemlerde yüzde asimetri, oklüzyon değişikliği, ağrı, parestezi, dişlerde mobilite ve kayıp, burun tıkanıklığı, periodontal hastalık gibi spesifik olmayan semptomlara neden olabilirler.[4] Bizim olgumuzda da herhangi bir semptom vermeden ilerleyen bir ameloblastoma vakası literatür bilgileri ışığında tanımlanmaya çalışılacaktır.

OLGU SUNUMU

21 yaşındaki kadın hasta kliniğimize maksiller sağ birinci premolar dişindeki şiddetli ağrı nedeni ile başvurmuştur. Hastanın intraoral muayenesinde sağ birinci premolar dişinde derin dentin çürüğü izlenmiştir .Ancak herhangi bir ekstraoral bulguya rastlanmamıştır. Hastadan alınan panoramik radyografisinde mandibula birinci molar diş distalinden başlayarak mandibula ramusuna kadar uzanan multiloküler lezyon izlenmiştir (Resim-1). Hastadan daha detaylı inceleme yapabilmek için kliniğimizde bulunan konik ışınlı bilgisayarlı tomografi (KIBT) (KaVo 3D EXam (Biberach, Germany)) çekilmiştir. Yapılan KIBT incelemelerinde lezyonun sabun köpüğü şeklinde multiloküler radyolüsent alanlar içerdiği görülmüştür.Dişlerde herhangi bir rezorpsiyon görülmemiş ancak lingual ve bukkal ekspansiyon izlenmiştir (Resim-2). Lezyon ile mandibular kanalın ilişkide olduğu izlenmiştir. Lezyon ameloblastoma ön tanısı ile fakültemiz Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Hastadan ilgili bölümde lezyonu içeren biyopsi alınmıştır. Yapılan histopatolojik değerlendirme sonrasında bazal tabakasında ters polarizasyon gösteren kolumnar ameloblast benzeri hücreler ile döşeli üzerinde stellate retikulum benzeri epitelyal hücreer içeren solid ada ve folikül benzeri yapılardan meydana gelen ameloblastoma ile uyumlu lezyon tanısı konmuştur.



Resim1: Üstteki görüntü serisinde hastaya ait kontrol PET taramalarında, maksilla sol birinci molar diş bölgesinde gözlenen fokal artmış FDG tutulumu izlenmektedir. Alttaki görüntü serisinde ise antibiyoterapi sonrası alınan kontrol PET taramasında, fokal aktivite kaybı izlendi.



Resim2: Ameliyat sonrası yerleştirilen plak vidalar ve operasyon bölgesine yerleştirilen xenogreft

TARTIŞMA

Ameloblastomalar; çene kemiklerinde görülen tümör ve kistlerin yaklaşık olarak % 1'ini ve odontojenik tümörlerin ise yaklaşık olarak % 10'unu oluşturmaktadır.[5]Mandibulada maksilllaya nazaran (4:1) oranında görülürken; molar ve ramus bölgesinde daha sık görülmektedir.[6] Bizim olgumuzda da lezyon çoğunlukta olduğu gibi mandibula molar ve ramus bölgesinde yer almaktaydı. Üçüncü ve dördüncü dekatta daha yüksek oranda görülmektedir.[7] Bizim olgumuzda ise hastanın yaşı çoğunluğun dışında ikinci dekatta idi. Çoğu olguda ameloblastomaların en önemli klinik bulguları şişliktir. Sekonder bir enfeksiyon gelişmediği müddetçe ilk dönemlerde ağrı bulgusu vermemektedirler.[8] Ameloblastomaların tedavisi tümörün büyüklüğüne ve lokalizasyonuna göre konservatif ya da radikal cerrahi şeklindedir.[9]Cerrahi tedavi sonrasında bile ameloblastomaların nüks etme ihtimali oldukça yüksektir. Nüks radikal tedaviden sonra bile (%5 ile % 15) yüksektir. Sehdev ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada konservatif tedaviyi takiben % 90 ile % 100 arasında yüksek nüks oranı tespit etmişlerdir.[10] Ameloblastoma nüks olasılığı yüksek bening odontojenik tümördür. Nüks olasılığını en aza indirmek için doğru tedavi planlaması ve radikal cerrahi yapılmalıdır. Bizim olgumuz ise tedavinin genel anestezi altında yapılması gerektiğinden ilgili üst merkeze sevk edilmiştir.

KAYNAKLAR

1.Ledesma M.C., Mosqueda T. A., Carlos B. R., León E.R., Palma Guzmán JM, PaézValencia C, Meneses-García A. (2007). Ameloblastomas: a regional Latin America multicentric study. Oral Diseases,13,303–307.
2. Angadi P.V. (2011). Head and neck: odontogenic tumor: ameloblastoma. Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology, 15, 223–229.
3. Jun Li T,Tang Wu Y,Feng Yu S,Yan Yu G.(2000). Unicystic ameloblastoma. American Journal of Surgical Pathology ,24,1385-1392.
4. Belli E, Rendine G, Mazzone N.(2009) Ameloblastoma relapse after 50 years from resection treatment. J Craniofac Surgery, 20,1146–1149.
5. Torres-Lagares D., Infante-Cossio P., Hernandez-Guisado JM., Gutiérrez-Pérez JL.(2005). Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal,10,231–238.
6. Ram R.(2010). Ameloblastoma relapse after 16 years of resection in symphysis of mandible sparing the bone graft. National Journal of Maxillofacial Surgery, 1(2), 190- 193.
7. Fregnani ER., da Cruz Perez DE., de Almeida OP., Kowalski LP., Soares FA., de Abreu Alves F.(2010). Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. International Journal Oral Maxillofacial Surgery, 39, 145–149.
8. Unni KK., Inwards C.Y. (1996). Dahlin's Bone Tumors(5th edition). Philadelphia: Lippincott-Raven,436-439
9. Pogrel MA., Montes DM. (2009). Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? International Journal of Oral Maxillofacial Surgery, 38, 807–812.
10. Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW, Gerold FP, Willis GW.(1974). Ameloblastoma of maxilla and mandible. Cancer J.,33,324-333.