



MAKSİLLADA GÖRÜLEN KALSİFİYE EPİTELYAL ODONTOJENİK TÜMÖR: BİR OLGU SUNUMU

CALCIFYING EPITHELIAL ODONTOGENIC TUMOUR OF MAXILLA: A CASE REPORT

Dt. Zeynep GÜMRÜKÇÜ*
Prof. Dr. Kadrive YILDIZ**

Dt. Onur YILMAZ*
Dr. Dt. Cem ÜNGÖR*

Makale Kodu/Article code: 1777
Makale Gönderilme tarihi: 14.07.2014
Kabul Tarihi: 30.10.2014

ÖZET

Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör (KEOT) nadir görülen, benign, epitelyal odontojenik tümördür. Tüm odontojenik tümörler arasında %0.4-3 görülme oranına sahiptir. Hayatın 4. ve 5. dekatında, her iki cinste eşit sıklıkta görülür. Sıklıkla mandibular premolar-molar bölgede görüldüğü bilinmektedir. Tümör lokal invazivdir. Klinik olarak ağrısız, yavaş büyüyen kitle şeklinde görülür. Radyografik olarak, radyoopasite içeren veya içermeyen uniloküler veya multiloküler radyölüsent alan şeklinde gözlenir. Bu olgu sunumunda 35 yaşındaki erkek hastada sol maksilla premolar bölgede görülen kalsifiye epitelyal odontojenik tümörün klinik, radyolojik ve histopatolojik değerlendirilmesi ve cerrahi tedavisi anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör, Pindborg tümör, Odontojenik tümör

ABSTRACT

The calcifying epithelial odontogenic tumour (CEOT) is a rare benign odontogenic tumour that accounts %0.4-3 of the all odontogenic tumors. CEOT appears in the fourth and fifth decades of life and has equal sex distribution. The tumor is locally invasive. Clinically the tumor has a painless mass with slow growth. Radiographically the tumor appears unilocular or multilocular radiolucency with or without radiopacity. This case report presents clinical, radiological, histopathological evaluation and surgical treatment of calcifying epithelial odontogenic tumour, was seen in left maxillary premolar region of 35 year old male patient.

Keywords: Calcifying epithelial odontogenic tumour, Pindborg tumour, Odontogenic tumour

GİRİŞ

İlk kez 1958 yılında Pindborg tarafından tanımlanan kalsifiye epitelyal odontojenik tümör (KEOT), çenelerin nadir görülen benign neoplazmidir.¹ Tüm odontojenik tümörler arasında %0.4-3.0 oranında görülür.² Genellikle hayatın 4. ve 5. dekatında, her iki cinste eşit sıklıkta görülür.² Tümör 1955 yılına kadar 'ameloblastomun kalsifikasyon içeren nadir görülen bir tipi, kalsifiye ameloblastoma, malign odontoma, adenoid adamantoblastoma, kistik kompleks odontoma, basit ameloblastomanın bir varyantı' gibi isimlerle tanımlanmıştır.³ 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) KEOT'u matür, fibröz stroma içeren, odontojenik ektomezenkim içermeyen benign odontojenik epitelli tümörler grubunda sınıflandırmıştır.⁴ Genellikle mandibula premolar-molar bölgede görülen,

yavaş büyüyen, ağrısız, asemptomatik şişlik olarak tanımlanır.³⁻⁶ Yavaş büyüyen asemptomatik şişlikler kemikte ekspansiyona neden olabilir.⁵ Biyolojik olarak benign, yavaş büyüyen, lokal agresif bir patoloji olarak rapor edilse de literatürde Bouckaert ve arkadaşları tarafından maksiller sinüse, etmoid sinüse, kraniyuma ekspansiyon yapan ve bu nedenle beyin apsesine neden olmuş bir vaka raporu mevcuttur.^{3,5,7,8}

Radyografik olarak diffüz radyoopasite içeren veya içermeyen uniloküler veya multiloküler radyölüsent alan şeklinde görülür. Radyografik görüntüsü, tümörün ne kadar süredir var olduğuna ve mevcut kalsifikasyon miktarına göre değişkenlik gösterir.^{2,3,5}

Bu vaka raporunda, 35 yaşında erkek hastada sol maksillar premolar bölgede görülen kalsifiye epitelyal odontojenik tümörün klinik, radyolojik,

*Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi AD

** Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD



histopatolojik değerlendirmesi ve cerrahi tedavisi anlatılmıştır.

OLGU SUNUMU

33 yaşında erkek hasta, sol maksilla premolar bölgede ağrısız şişlik nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Anamnezinde herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenilmiştir. Klinik muayenede sağ maksilla birinci premolar ve ikinci molar dişler arasında, vestibül bölgede ekspansiyona neden olan, solid, 3x2 cm boyutlarında bir şişlik tespit edilmiştir. Palatinal bölgede ekspansiyon görülmemiştir. Panaromik radyografide (OPG) sol üst 1.premolar dişin apeksini içeren ve sol üst molar dişe kadar uzanan, multiloküler, düzgün sınırlı, radyolüsent odağın etrafında minimal derecede radyoopasite izlenen kitle tespit edilmiştir (Resim 1). Ön tanı olarak lezyonun santral dev hücreli granülom, amaleblastoma, kalsifiye epitelyal odontojenik tümör olabileceği düşünülmüştür.

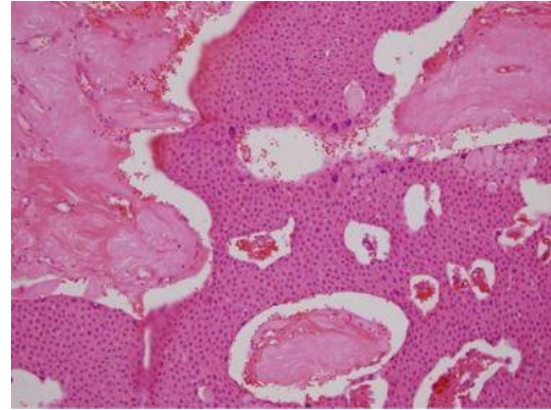
Lokal anestezi altında kitlenin enükleasyonu planlanmıştır. Bukkal mukoperiostal flep kaldırılarak kitle ekspoze edilmiştir. Lezyon, ilişkili mobil 1.premolar dişin ekstraksiyonunu takiben bütünlüğü korunarak enükle edilmiştir. Kemik kavitesinde minimal düzeyde rezorbsiyon izlenmiştir, fakat kavite yüzeylerinin düzgün olduğu görülmüştür. Palatinal kemikte destrüksiyon gözlenmemiştir. Tümörün enükleasyonu tamamlanmış ve çevredeki sağlıklı kemik bir miktar freze edilmiştir. Sinüs korteksi rezorbsiyonu nedeniyle Schneiderian membranı intakt şekilde izlenmiş ve perforasyonu engellemek için nazıkçe eleve edilmiştir. Tümör maksillada büyük bir defekte neden olmadığından rekonstrüksiyona ihtiyaç duyulmamıştır.

Enükle edilen kitle ve ekstrakte edilen diş histopatolojik incelemeye gönderilmiştir. Histopatolojik incelemede düzensiz adalar, trabeküler yapılar halinde düzenlenmiş geniş eozinofilik poligonal sitoplazmalı, fokal nükleer pleomorfizm ve multinükleasyon götüren hücrelerden oluşan, stroması homojen eozinofilik görünümde neoplazm izlenmiştir (resim 2). Kongo Red boyama sonucu geniş eozinofilik sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu, mine organı intermediumunda bulunan hücrelere benzer nitelikteki epitelyal hücre adaları ve yaygın amiloid birikimi ile kompleks kalsifikasyon gösteren stroma izlenmiştir (resim 3). Histolojik inceleme sonucunda, klinik ve radyolojik tanı ile uyumlu kalsifiye epitelyal odontojenik tümör ön

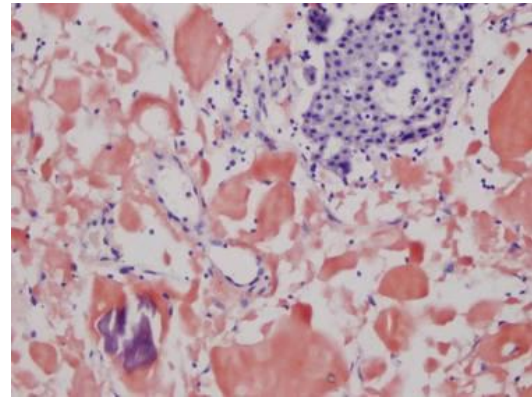
tanımız doğrulanmıştır. Hastanın operasyon sonrası 7. gün, 1. ay ve 24. ay kontrolleri yapılmıştır, klinik veya radyografik kontrollerde herhangi bir rekürrens bulgusu saptanmamıştır (Resim 4).



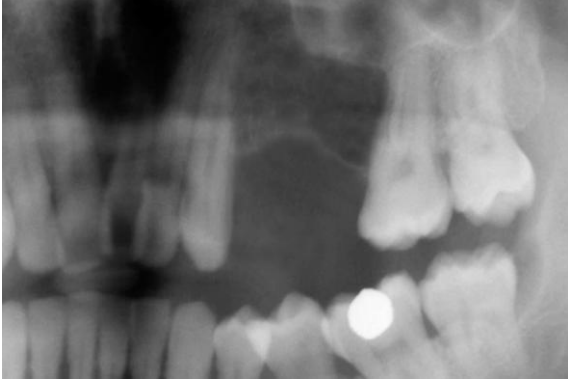
Resim 1. Lezyonun preoperatif radyografik görüntüsü



Resim 2. Düzensiz adalar ve trabeküler yapılar halinde, eozinofilik görünümde neoplazm. (H.E.x200)



Resim 3. Tümör adaları çevresindeki stromada amiloid birikimi (Kongo red x 200)



Resim 4. Hastanın 24.ay kontrol röntgeni

TARTIŞMA

Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör mandibula premolar-molar bölge tutulumu gösteren, yavaş büyüyen, lokal invaziv, benign bir tümördür.^{2,3,4,6,7} İntraosseöz ve ekstraosseöz olarak 2 klinikotopografik varyantı bulunur. Literatürde tanımlanan 181 vaka içinde tümörün %94 oranında intraosseöz, %6 oranında ekstraosseöz olarak görüldüğü belirtilmiştir.^{3,5,9} Periferik varyantı Pindborg tarafından 1966'da yayınlanmıştır.^{3,6,10} Özellikle intraosseöz tipi ağrısız şişlik şeklinde gelişim gösterir.³

Sunduğumuz bu vakada maksillada görülen intraosseöz KEOT literatür bilgileri ile paralel olarak hayatın 4. dekatında görülmüş, yavaş, asemptomatik gelişim göstermiştir. Klinik muayenede, bukkal kortekste yapmış olduğu ekspansiyon ve 25 numaralı diş etrafındaki kemik rezorbsiyonunun neden olduğu mobilite nedeniyle tespit edilmiştir. Literatür bilgileri doğrultusunda sıklıkla mandibula tutulumu gösterdiği bilinen KEOT, sunduğumuz bu vakada maksilla premolar-molar bölgede tespit edilmiştir. Maksilla tutulumu gösteren vakalar, lezyonun ekspansiyonuna bağlı hastalarda nazal tıkanıklık, epistaksis, baş ağrısı gibi şikayetlere neden olabilir.³ Sunmuş olduğumuz bu vakada KEOT bahsedilen şikayetlere sebebiyet verecek boyutlara erişmeden tespit edilmiştir. Radyografik olarak uniloküler veya multiloküler radyolüsent veya değişen miktarlarda ve yoğunlukta radyoopasite içeren radyolüsent-radyopak görüntü verebilmektedir.^{3,5,6,10} Bu vakada, hastadan preoperatif olarak alınan OPG'de sol üst 1.premolar ve 1.molar diş apeksleri arasında multiloküler, düzgün radyopak sınırlı, radyolüsent orjin etrafında minimal homojen radyopak alanlarla

çevrili görüntü tespit edilmiştir (Resim 1). OPG'de tespit edilen bu görüntü KEOT'un literatürde tanımlanan radyografik görüntüsü ile uyumludur.

Ameloblastom, odontojenik mikzom ve diğer bilinen odontojenik tümörler de uniloküler veya multiloküler görüntü verebilirler. Fakat bahsedilen bu tümörler KEOT'dan daha agresif özellik sergiler.^{11,12} Ameloblastom ve mikzom radyografik olarak KEOT görüntüsüne benzer görüntü verse de nadiren KEOT benzeri mineralize kalsifiye odaklar izlenir. Mikzom ise sabun köpüğü görüntüsü sayesinde KEOT'dan ayrılabilir.² Ayırıcı tanıda benzer lezyonlara dikkat edilmesi gerekir.

Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör ameloblastomdan daha iyi seyir gösterir, fakat lokal agresiftir.¹³ Literatürde konservatif cerrahiden rezeksiyona kadar uzanan geniş tedavi seçenekleri sıralanmış olsa da, mandibulanın geniş rezeksiyonu veya hemimandibulektomi KEOT için genel anlamda gereksiz bulunmuştur. Mandibulada görülen KEOT vakalarında makroskopik ve radyolojik olarak sağlıklı marjin içeren enükleasyon önerilen tedavi şeklidir.^{3,9,14} Tedavi tercihi ve rekürrens oranı literatürde net olarak belirlenmemiş olsa da birçok araştırmacı 1 cm güvenlik marjinin yeterli olacağı görüşündedir. Eksize edilecek sağlıklı kemik dokusu sınırları belirlenirken maksilla veya mandibulanın bütünlüğünü korumaya ve sağlıklı dokuda minimal eksizyon yapmaya dikkat edilmelidir.¹³ Philipsen ve arkadaşları tedavi seçeneğinin hastadan hastaya farklılık gösterebileceğini belirtmişlerdir.² Bu açıdan en doğrusunun, lezyonun radyografik ve histolojik bulguları doğrultusunda tedavi yöntemini seçmek olacağını belirtmişlerdir.³ Franklin ve Pindborg yetersiz tedaviye bağlı olarak gelişen rekürrens oranının %14 olduğunu rapor etmişlerdir.² Takip süresi literatürde net olarak belirtilmese de Philipsen ve arkadaşları KEOT için 5 yıllık takip önermişlerdir.³

Sonuç olarak bu vakada olduğu gibi KEOT asemptomatik olabileceğinden, herhangi bir semptom olmaksızın rutin radyografik muayene sonucu fark edilebilir. Fark edildiğinde ciddi boyutlara erişmiş olabilir. Bazen tek bulgusu, sunduğumuz vakada olduğu gibi ekspansiyon olabilir. Bu sebeple ağız içinde görülen ekspansiyon alanlar radyografi ile iyi değerlendirilmeli ve diğer patolojiler ile ayırıcı tanısı dikkatlice yapılmalıdır. Cerrahi tedavi planlanırken anatomik bütünlük korunmaya özen gösterilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Anatomik bütünlüğü korumanın

mümkün olmayacağı vakalarda rekonstrüksiyon bir seçenek olarak düşünülebilir

KAYNAKLAR

1. Rahman N, Cole E, Webb R. Calcifying epithelial odontogenic tumour presenting at a surgical site: case report. Br J Oral Maxillofac Surg 2013;51:277-8.
2. Tarsitano A, Agosti R, Marchetti C. The diagnostic and surgical management of a multifocal calcifying epithelial odontogenic tumor in the mandible and maxilla associated with a squamous odontogenic tumor: first reported case in the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;113:6-11.
3. Philipsen HP, Reichart PA. Calcifying epithelial odontogenic tumour: biological profile based on 181 cases from the literature. Oral Oncol 2000;36:17-26.
4. Lawal AO, Adisa AO, Olusanya AA. Odontogenic tumours: A review of 266 cases. J Clin Exp Dent 2013;5:13-7.
5. Cheng YS, Wright JM, Walstad WR, Finn MD, Tex D. Calcifying epithelial odontogenic tumor showing microscopic features of potential malignant behavior. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93:287-95.
6. Oliveira MG, Chaves ACM, Visioli F, Rojas EU, Moure SP, Romanini J, Mariath JE, Rados PV, Filho MS, Alegre P. Peripheral clear cell variant of calcifying epithelial odontogenic tumor affecting 2 sites: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107:407-11.
7. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. Cancer 1992;70:2988-94.
8. Bouckaert MMR, Raubenheimer EJ, Jacobs FJ. Calcifying epithelial odontogenic tumor with intracranial extension: report of a case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;90:656-62.
9. Patino B., et al. Calcifying epithelial odontogenic (pindborg) tumor: a series of 4 distinctive cases and a review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2005;63:1361-8.
10. Andrade M, Medeiros PJ, Prado R, Sampaio R. Calcifying epithelial odontogenic tumor (Pindborg tumor): report of case. J Oral Maxillofac Surg 1992;50(12):1324-6.
11. Altundal H, Duygu G, Arslan AH. Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006; 16:66-99.
12. Zainine R, Mizouni, Korbi A, Beltaief N, Sahtout S, Besbes G. Maxillary bone myxoma. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2014;131: 257-9.
13. Zanakis S, Faippea M, Dicoglou C, Dendrinos C. Calcifying epithelial odontogenic tumor: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:117-20.
14. Pindborg JJ. A calcifying epithelial odontogenic tumor. Cancer 1958;11:838-43.

Yazışma Adresi

Dt. Zeynep GÜMRÜKÇÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Dış Hekimliği Fakültesi
Ağız Dış Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Tlf: 04623774729
e-mail: zeynep_dt@hotmail.com

