



## MANDİBULADA MULTİKİSTİK AMELOBLASTOM: VAKA RAPORU

## MULTICYSTIC AMELOBLASTOMA IN MANDIBLE: CASE REPORT

Yrd. Doç. Dr. Adnan KILINÇ\*  
Arş. Gör. Dt. M. Salih KARAAVCI\*

Arş. Gör. Dt. Nesrin SARUHAN\*  
Yrd. Doç. Dr. Betül GÜNDOĞDU\*\*

**Makale Kodu/Article code:** 1772  
**Makale Gönderilme tarihi:** 08.07.2014  
**Kabul Tarihi:** 18.11.2014

### ABSTRACT

### ÖZET

Bu vaka raporunun amacı, mandibulada bulunan multikistik ameloblastomun enükleasyon ve küretaj ile konservatif tedavisini sunmaktır.

Sağ mandibular premolar bölgesinde ağrısız şişlik ve dişlerde lüksasyon şikayeti ile kliniğimize başvuran 50 yaşında erkek hastanın diş köklerinde rezorpsiyona ve kemikte perforasyona neden olan multikistik ameloblastom, enükleasyon ve küretajla tedavi edildi.

Bulgular: Radyolojik ve klinik olarak nüks takibi devam eden hastada postoperatif olarak herhangi bir problem ile karşılaşılmadı.

Multikistik ameloblastomun konservatif tedavisinde, enükleasyon ve küretaj iyi bir tedavi metodudur.

**Anahtar Kelimeler:** Multikistik ameloblastom, Mandibula

The purpose of this case report is to present a multicystic ameloblastoma in the mandible and its conservative treatment with enucleation and curettage.

Multicystic ameloblastoma which caused resorption in teeth and perforation in bone was removed by means of enucleation and curettage from 50-year-old patient who applied to our department with complaints of painless swelling right mandibular premolar region and luxation of teeth.

Postoperatively there were not seen any problems in the patient whose follow up recurrence is going on radiologically and clinically. In conservative treatment of multicystic ameloblastoma, enucleation and curettage is a good treatment method.

**Key Words:** Multicystic ameloblastoma, Mandible

### 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.<sup>1 2</sup> Ameloblastoma, odontojenik tümörler içerisinde en çok görülen benign tümördür.<sup>3</sup> Genellikle hayatın 3.ve 5. dekatları arasında görülmelerine karşın tüm yaşlarda da görülebilmektedir.<sup>4</sup>

Kadın ve erkekleri eşit oranda etkiler ve %80 oranında mandibulada, olguların dörtte üçünde de posterior bölgede görülmektedirler.<sup>5</sup> Unikistik, multikistik, periferik ve malign olmak üzere 4 alt tipi vardır.<sup>3</sup> Nüks etmeye yatkınlığından dolayı lokal agresif olduğuna inanılır.<sup>6</sup> Bu vaka raporunda, mandibula

premolar bölgede lokalize multikistik bir ameloblastomun enükleasyon ve küretaj ile konservatif tedavisini sunmaktayız.

### OLGU SUNUMU

Kliniğimize, sağ mandibular premolar bölgesinde ağrısız şişlik ve dişlerde hareketlilik şikayeti ile başvuran 45 yaşındaki erkek hastadan alınan anamnez sonucunda herhangi bir sistemik problemi olmadığı öğrenildi. Klinik muayenede; sağ mandibular premolar bölgede asemptomatik, sert bir şişlik tespit edildi. Sağ birinci ve ikinci premolar dişlerde mobilite mevcuttu (Şekil 1).

Yapılan radyolojik muayenede, düzenli sınırlı, radyopak hatla çevrili, birinci ve ikinci premolar dişlerin köklerinde rezorpsiyona neden olmuş, radyolüsent bir lezyon görüldü (Şekil 2).

\* Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD

\*\* Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD





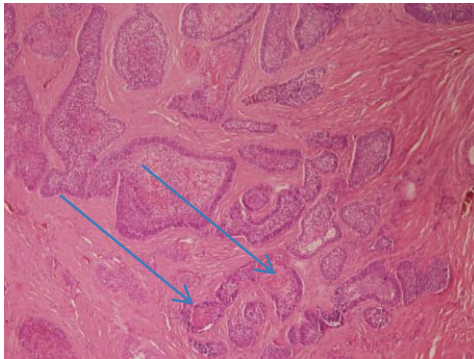
Şekil 1. Sağ mandibular premolar bölgede intraoral şişlik



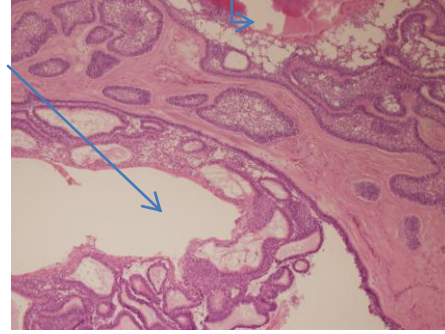
Şekil 2. Lezyonla ilişkili olan sağ birinci ve ikinci premolar dişlerin köklerinde rezorpsiyon

Ponksiyon negatif sonuç alınan hastadan insizyonel biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucu mikst paternde (folliküler, akantomatöz, granüler) solid/multikistik tip ameloblastoma teşhisi konuldu.

Mikroskopik incelemede fibröz stromada folliküler paternde dağılmış odontojenik epitelyal adalar izlenmiştir. Adaların periferinde palizatlanan nükleusları ters polarizasyona sahip bazoloid hücreler, santralinde ise yer yer kistik değişiklikler yer yer squamoz metaplazi izlenen hücreler dikkati çekmiştir (Şekil 3-4).



Şekil 3. H&E, x100 (ok: skuamoz metaplazi alanları)



Şekil 4. H&E, x100 (ok: kistik değişiklik)

Lokal anestezi altında enükleasyonu ve küretajı planlanan hastadan, bilgilendirme ve onam formu alındı. Tam kalınlıklı flep kaldırıldı, vestibüler yüzeyde kortikal perforasyon tespit edildi. Mental sinir korunarak tümör enükle edilerek kemik yüzeyleri iyice kürete edildi. Lezyonla ilişkili olan birinci ve ikinci premolar dişleri çekildi (Şekil 5).



Şekil 5. Tümör enükle edildikten sonraki ağız içi görünüm

Kavite kenarlarından sağlam dokudan da olacak şekilde alındı, cerrahi sınırlar iyice kontrol edildikten sonra kanama kontrolü de sağlanarak yara yerleri primer olarak kapatıldı (Şekil 6). Histopatolojik incelemeye gönderilen lezyona tekrardan multikistik ameloblastoma tanısı koyularak patolojik tanı doğrulandı.

Takibi halen devam etmekte olan hastada postoperatif olarak herhangi bir problemle veya nüksle karşılaşılması.



Şekil 6. Yara yerleri primer olarak kapatıldı.

## TARTIŞMA

Ameloblastomalar, kemikte lokal invazyon, ekspansiyon ve destrüksiyon yapma eğilimi olan ve yavaş büyüyen rekürrens oranı yüksek tümörlerdir.<sup>4, 7</sup> Tüm oral tümörler içerisinde %1'lik nadir bir görülme oranına sahipken, odontojenik tümörler arasında %10-14 ile en sık görülen tümörler arasındadır.<sup>8</sup> Sıklıkla mandibular angulus, ramus ve molar bölgede görülmektedir.<sup>9</sup> Kadın ve erkek popülasyonunu eşit oranda etkilediği bildirilmiştir.<sup>10</sup>

Yavaş büyüyen kitle, maloklüzyon, diş kaybı veya nadiren parestezi ve ağrı şeklinde klinik bulgu vermesine rağmen bazı asemptomatik hastalarda lezyon radyografik kontroller sırasında tesadüfen fark edilmektedir.<sup>11</sup>

Radyolojik olarak ameloblastom, üç tipik bulgu verir. Bunlardan birincisi, multiloküler formdur. Kemik septaları ile ayrılmış olan bu tür en yaygın görülen tipidir. İkinci sıklıkla görülen radyografik bulgu ise, bal peteği görünümüdür. Son olarak; düşük oranda uniloküler forma rastlanır. Nadir görülen bu formun odontojenik kiste benzerliği, klinisyen için önem taşımaktadır.<sup>12</sup> Ameloblastomanın intraosseöz olan alt tipi periferik olanına nazaran çok daha yaygın bir prevalansa sahiptir.<sup>13</sup> Klinik olarak genellikle ağrısız ve asemptomatik seyrederekler.<sup>14</sup> Vakamızda ameloblastomanın uniloküler radyografik bulgu veren tipine rastlanılmıştır.

Ameloblastomanın ayırıcı tanısı; rezidüel kist, odontojenik keratokist, dentigeröz kist, primordial kist, anevrizmal kemik kisti ve odontojenik mikzoma ile yapılmalıdır.<sup>4</sup>

Histolojik olarak, ameloblastomalar, çoğunlukla foliküler veya pleksiform paternde olmasına rağmen bazaloid, granüler hücreli veya desmoplastik şekillerde de görülebilir.<sup>15</sup> Histokimyasal olarak da ameloblas-

tomanın karakteristiği; lümenli yahut lümensiz epitel artıkları ve/veya kavite duvarlarındaki tümöral oluşumlardır.<sup>16</sup>

Ameloblastomanın tedavisinde, konservatif ve radikal yaklaşım olmak üzere iki yöntem vardır.<sup>17-19</sup> Cerrahi yöntemin seçilmesini belirleyen faktörler; tümörün tipi, anatomik olarak lokalizasyonu, yaygınlığı, histolojik ve radyolojik özelliği, hastanın yaşı ve uyumudur.<sup>20, 21</sup> Konservatif cerrahi teknik, enükleasyon ile kemiğin küretajı ve nadiren de marsüpyalizasyonu takiben enükleasyonu içerir. Radikal cerrahi, segmental ve marjinal kemik rezeksiyonunu içerir.<sup>22-24</sup> Gardner ve ark. konservatif tedavide nüks oranının %25'den az, diğer yazarlar ise nüks oranının %10-20 arasında olduğunu rapor ettiler.<sup>25</sup>

Sonuç olarak, çenelerde en sık görülen odontojenik tümör olan ameloblastomun multikistik formunun enükleasyon ve küretaj ile konservatif tedavisiyle başarılı sonuçlar alınabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. R Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc 1999; 19:1107-24.
2. Altundal H, Duygu D.G, Arslan A.H. Unikistik ameloblastoma: vaka raporu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2006;16: 66-9..
3. Bajpai M, Agarwal D, Bhalla A, Kumar M, Garg R. Multilocular unicystic ameloblastoma of mandible. Case reports in dentistry 2013; 835892.
4. Cihangiroglu M, Akfirat M, Yildirim H. CT and MRI findings of ameloblastoma in two cases. Neuroradiology 2002;44:434-37.
5. Bülent Veli A. AD, Murat T. Sağ bukkal mukoza ve infratemporal fossaya uzanım gösteren nüks maksillar ameloblastoma: Olgu sunumu ve literatür analizi. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2004; 13:91-4.
6. Suma MS, Sundaresk KJ, Shruthy R, Mallikarjuna R. Ameloblastoma: an aggressive lesion of the mandible. BMJ case reports 2013; 200483.
7. Miyamoto CT, Brady LW, Markoe A, Salinger D. Ameloblastoma of the jaw. Treatment with radiation therapy and a case report. American Journal Of Clinical Oncology 1991;14:225-30.
8. Ibric Cioranu V, Iorgulescu D, Petrescu Seceleanu

- V, Ibric Cioranu S, Toma C, Fronie AI, et al. Malignant ameloblastoma in an 8-year-old child with metastasis to the lung: case report with a clinicopathologic analysis. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie* 2014;55:183-7.
9. Chapelle KA, Stoelinga PJ, de Wilde PC, Brouns JJ, Voorsmit RA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surg* 2004;42:381-90.
10. Dissanayake RK, Jayasooriya PR, Siriwardena DJ, Tilakaratne WM. Review of metastasizing (malignant) ameloblastoma (METAM): pattern of metastasis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod* 2011;111:734-41.
11. Mendenhall WM, Werning JW, Fernandes R, Malyapa RS, Mendenhall NP. Ameloblastoma. *American Journal of Clinical Oncology* 2007;30:645-8.
12. Torres-Lagares D, Infante-Cossio P, Hernandez-Guisado JM, Gutierrez-Perez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2005;10:231-8.
13. Kato H, Ota Y, Sasaki M, Karakida K, Kaneko A, Sekido Y, et al. Peripheral ameloblastoma of the lower molar gingiva: a case report and immunohistochemical study. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2012;37:30-4.
14. Dhanuthai K, Chantarangsu S, Rojanawatsirivej S, Phattarataratip E, Darling M, Jackson-Boeters L, et al. Ameloblastoma: a multicentric study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol and Oral Radiol* 2012;113:782-8.
15. Thompson LD. *Head and Neck Pathology: A Volume in the Series: Foundations in Diagnostic Pathology*; Elsevier Health Sciences; 2012.
16. International nomenclature and classification of odontogenic tumors and allied lesions. *Oral Surg Oral Med and Oral Pathol* 1968;25:285-6.
17. Gardner DG, Pecak AM. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer* 1980;46:2514-9.
18. Williams TP. Management of ameloblastoma: a changing perspective. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1993;51:1064-70.
19. Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma. Current status of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Oral Radiol and Endod* 1996;81:383-8.
20. Nakamura N, Mitsuyasu T, Higuchi Y, Sandra F, Ohishi M. Growth characteristics of ameloblastoma involving the inferior alveolar nerve: a clinical and histopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Oral Radiol and Endod* 2001;91:557-62.
21. Ord RA, Blanchaert RH, Jr., Nikitakis NG, Sauk JJ. Ameloblastoma in children. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2002;60:762-70; discussion, 70-1.
22. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Oral Radiol and Endod* 2002;93:13-20.
23. Al-Khateeb T, Ababneh KT. Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2003;61:13-8.
24. Sampson DE, Pogrel MA. Management of mandibular ameloblastoma: the clinical basis for a treatment algorithm. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1999;57:1074-7; discussion 78-9.
25. Gordon SC, MacIntosh RB, Wesley RK. A review of osteoblastoma and case report of metachronous osteoblastoma and unicystic ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Oral Radiol and Endod* 2001;91:570-5.

#### **Yazışma Adresi**

Nesrin SARUHAN  
Atatürk Üniversitesi, Dış Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Dış ve Çene Cerrahisi A D, Erzurum  
Fax: 090 442 236 09 45  
Tlf: 090 442 231 17 47,  
e-mail: dt\_nesrin@yahoo.com

