

# Mandibula Posteriorunda Geniş Hacimli Odontojenik Tümör-Ameloblastic Fibro Odontoma

## A MASSIVE ODONTOGENIC TUMOR OF THE POSTERIOR MANDIBLE-AMELOBLASTIC FIBRO-ODONTOMA

Erkan ERKMEN\*, Sinem GÜMGÜM\*\*, Benay TOKMAN\*\*\*

\* Yrd.Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

\*\* Araş Gör., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

\*\*\* Yrd.Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Oral Patoloji BD, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Ameloblastik fibro-odontoma (AFO), ameloblastik fibroma ve kompleks veya kompaund odontomanın bileşiminden oluşan nadir görülen miks bir odontojenik tümördür. Yavaş büyüyen bir tümör olup, genellikle posterior mandibulada gömülü bir dişle beraber görülür. Daha çok erkeklerde ve gençlerde ortaya çıkar. Çoğunlukla asemptomatiktir fakat bazen çenelerde şişliğe neden olabilir. Tümör çevre kemik dokudan kolayca enükle edilebilir. Malign transformasyonu nadirdir.

**Olgu Sunumu:** Bu makalede posterior mandibulada AFO izlenen 31 yaşındaki kadın hastanın tedavisi ve bölgenin rehabilitasyonu ile uzun dönem takibi sunulmaktadır.

**Sonuç:** Enükleasyondan sonra tümör kavitesi demineralize kemik grefti ile doldurulmuş ve üzeri kollajen membran ile kapatılmıştır. Üç yılın sonunda yeterli bir kemik iyileşmesi gözlenmiştir. Çiğneme fonksiyonlarının rehabilitasyonu için 2 adet kemik içi implant bölgeye yerleştirilmiş, 4 yıllık takip periyodu sonunda nüks veya malign transformasyon izlenmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameloblastik fibro-odontoma, odontojenik tümörler, cerrahi tedavi, rehabilitasyon

### Summary

**Purpose:** Ameloblastic fibro-odontoma (AFO) is a relatively rare mixed odontogenic tumor, which is composed of ameloblastic fibroma and a complex or compound odontoma. It is characteristically slow growing and asymptomatic, and occurs most commonly in the posterior region. It shows a slight predilection for males, with a mean age of roughly 8 years. It is usually associated with developing teeth. Tumor can be easily enucleated from the surrounding bony crypt. Malign transformation of AFO is also rare.

**Case Report:** This article describes and discusses an AFO in the posterior mandible of a 31-years-old woman.

**Result:** After enucleation the tumor cavity was filled with demineralised bone graft and covered by a collagenous membrane. At the end of third year a perfect bone healing was observed. For the rehabilitation of the masticatory functions we embedded two endosseous implants. After 4 years follow-up period no recurrence and malign transformation was observed.

**Key Words:** Ameloblastic fibro-odontoma, odontogenic tumors, surgical treatment, rehabilitation

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2005, 11:20-23

Ameloblastik fibro-odontoma (AFO), 20 yaşın altındaki hastalarda görülen nadir bir tümördür (1). Tüm odontojenik tümörler arasında görülme oranı %1-3 arasındadır (2). Genelde asemptomatik, yavaş büyüyen, yüzde asimetri meydana getiren ve genelde gömülü bir dişle beraber posterior mandibulada oluşan bir tümördür (1). Radyografik olarak iyi sınırlı, irregüler şekil ve boyutta, değişik oranlarda radyopak materyal içeren radyolusent alanlar şeklindedir (3). Bu makalede 31 yaşındaki kadın hastada görülen AFO anlatılmıştır.

### Olgu Sunumu

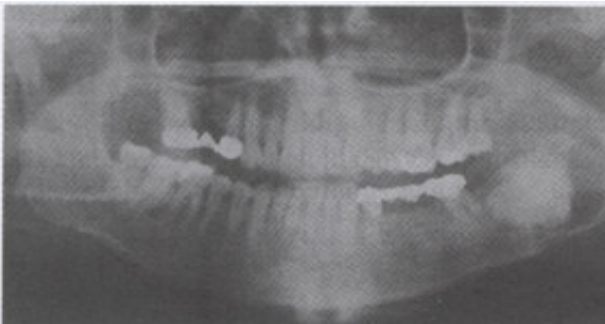
İki aydır sol mandibuler molar bölgede var olan şişliğin tedavisi için Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi A.D.Ç.H. ve Cerrahisi Kliniği'ne başvuran 31 yaşındaki bayan hastanın yapılan ağız içi muayenesinde sol posterior mandibula bukkal bölgede ekspansiyon olduğu, ancak bölgedeki mukozanın sağlıklı olduğu izlenmiştir. Panoramik radyografide, mandibuler sol 2. molar dişten başlayan ve mandibular ramus ve koronoid proçese kadar uzanan ve 2. premolar dişin distalinde lokalize 3 x 2 cm bo-

yutlarında radyopak bir alan içeren 6 cm boyutunda radyolüsent alan tespit edilmiştir (Resim 1). Lezyonun sınırları düzgün sınırlı olarak belirlenmiştir.

Lokal anestezi altında, ramusun anteriorundan 2. premolar dişe kadar uzanan mukoperiosteal bir insizyon yapılarak, tam kalınlık mukoperiosteal flap kaldırılmış ve yüzeydeki kortikal kemik geniş pencere tarzında açılarak ince, beyaz, elastik yapıdaki kitle açığa çıkarılmıştır. Tümör çevre kemikten kolaylıkla enükle edilmiştir. Komşu 2. molar diş de ekstarkte edilerek, kitlenin tamamı histopatolojik inceleme için Oral Patoloji Bölümü'ne gönderilmiştir. Kavite %0.9'luk serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra demineralize kemik grefti yerleştirilmiş ve greftin üzeri kollajen esaslı membran materyali ile örülmüştür. Flap 3/0 ipek suturla sture edilmiş ve bölge komplikasyonsuz olarak iyileşmiştir.

Hasta 3 yıl boyunca 6 aylık rutin kontrollerle izlenmiş ve nüks gözlenmemiştir (Resim 2, 3). Üç yılın sonunda çekilen bilgisayarlı tomografi (CT) sonucunda tamamlanmış kemik iyileşmesi tespit edilmiştir.

Hastanın posterior bölge fonksiyonel rehabilitasyonu için iki adet endosseöz implant kullanılmış ve osteointegrasyon tamamlandıktan sonra final protezi tamamlanmıştır. Dört yılın sonunda hastada nüks, implantlar ve fonksiyon ile ilgili herhangi bir problem gözlenmemiştir (Resim 4).



**Resim 1.** Operasyon öncesi panoramik grafide sol 2. molar dişden sol mandibuler ramus ve koronoid proçese uzanan multiloküler radyolüsent alan izlenmektedir.



**Resim 2.** Cerrahiden 9 ay sonra.



**Resim 3.** Cerrahiden 18 ay sonra.

### Patolojik Bulgular

Kabaca materyal 3.0 x 2.0 x 0.6 cm boyutlarında katı bir kitleydi. Kesit incelemesinde gri-beyaz ve homojen olarak izlendi. Sert doku 2.0 x 1.8 x 0.6 cm boyutlarındaydı. Dekalsifikasyon sonrası mikroskopik incelemede lezyon genel konfigürasyonda kapsüllü ve lobüle yapıdaydı. Tümör, dental papillaya benzeyen, kırılğan, non-kollajenize, hücreli matriks halinde sıralı, kümeli ya da adalar halinde odontojenik epitel içermektedir. Sıralı epitelle birlikte dentinoid matriks de izlenmiştir. Tümör, kompleks odontoma formunda tübüler dentin, pulpa ve mine matriksi ile beraber dental sert doku içermektedir. Bu histolojik görüntü nedeniyle ameloblastik fibroodontoma tanısı konulmuştur (Resim 5, 6).

### Tartışma

AFO nadir görülen bir odontojenik tümördür. Birçok olguda, çenelerden tesadüfen alınan rutin radyograflarla belirlenir. Ayırıcı tanısında odon-

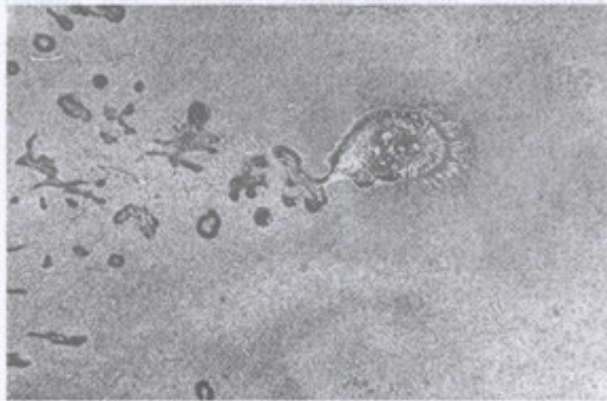


**Resim 4.** Cerrahiden 4 yıl sonra.

odontoma, ameloblastoma ve ameloblastik fibroma dikkate alınmalıdır (4-6).

Histolojik olarak, irregüler şekillenmiş mine, dentin, sement benzeri yapılar ve ektomezenşimal dokular içeren immatür kompleks odontomanın karakteristik özelliklerini gösterir. Dentin benzeri materyal yapı olarak dentinden tübüler dentine kadar değişik şekillerdedir. Ektomezenşimal dokunun miktarı tümörün sert dokusunun ortalarına doğru sert dokuya dönüşerek azalır (2).

Odontoma, ameloblastik fibroma ve ameloblastik fibroodontomanın ilişkisi konusunda çeşitli tartışmalar vardır (7,8). Bazı araştırmacılar bunların farklı antiteler olduğunu bildirirken diğer araştırmacılar ameloblastik fibromanın, ameloblastik fibroodontomaya onun da kompleks odontomaya dönüşme ihtimali olduğunu düşünmektedir (7). Lezyonun en sık görülen iki klinik bulgusu şişlik ve dişlerin sürememesidir (9). Bizim olgumuzdaki



**Resim 5.** x100 hemotoksilen ve eozin boyama.

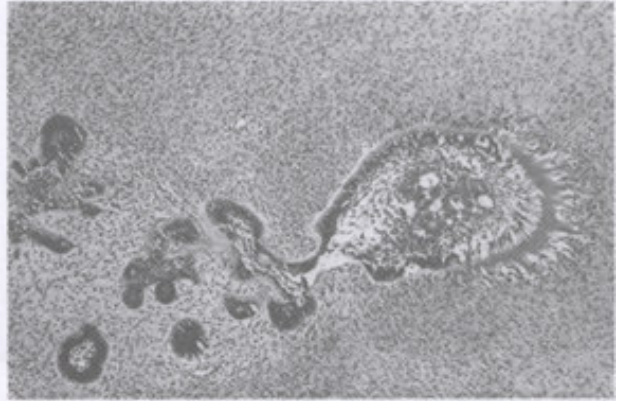
ağız içi ve ağız dışında izlenen şişlik ile beraber gömülü dişin bulunmaması dikkat çekicidir.

Radyografik görüntüsü; iyi sınırlı radyopak çeper ve genellikle lezyonun merkezinde lokalize değişik miktarlarda radyopak materyal ile beraber iyi sınırlı uniloküler veya multiloküler radyolusensi şeklindedir (1). Mineralize materyalin varlığı tanı için önemlidir ancak bazı olgularda bu materyal radyografide izlenemeyecek kadar küçük olabilir, bu durum, olgularda tanı koymada zorluk olabilir (1).

Slootweg, AFO'nun immatür kompleks odontoma olduğunu düşünmektedir (6). Bununla beraber Regezi ve Scrubba AFO'nun ameloblastik fibromadan geliştiğine inanmaktadırlar. Bu iki tümör arasındaki ayrımı kolaylaştıran ultrastrüktürel bulgularla zıt bir düşüncedir (10,11).

Ameloblastik fibromaların malign transformasyonu çok nadir olarak rapor edilmiştir. Bir AFO'nun malign transformasyonu ise çok ender rastlanan bir durumdur (10).

AFO'nun tedavisi genelde cerrahi küretajdır ancak çok büyük lezyonlarda çene fraktürlerini önlemek için cerrahi splint yapılabilir. Literatüre göre tavsiye edilen cerrahi tedavi lokal eksizyondur. Genelde lezyonla ilgili diş aynı anda çekilir. Bazı otorler dişi çekmeden lezyonu başarıyla enükle ettiklerini bildirmişlerdir (10,12). Bununla beraber yakın zamanda Furst ve arkadaşları etkilenen mandibuler 1. molar dişi çekmeden enükle ettikleri AFO'nun nüks ettiğini bildirmişlerdir (13). Konservatif tedaviyi takiben nüks oluşması çok görülmez. Bizim olgumuzda da lezyon



**Resim 6.** x200 hemotoksilen ve eozin boyama.

konservatif küretaj ve enükleasyonla tedavi edilmiş ve nüks gözlenmemiştir.

Bu lezyon tüm odontojenik tümörlerin yaklaşık %3.1'ini oluşturur ve ortalama 9 yaş civarında görülür (13) fakat bizim hastamız 31 yaşındadır.

Mandibuler rekonstrüksiyonun hedefleri estetik ve fonksiyonun sağlanmasıdır. Fonksiyonun sağlanması dudak bütünlüğü, düzgün konuşma, artikülasyonu ve olabilecek en iyi fonksiyonun hastaya geri kazandırılması ile mümkündür (14). Olgumuzda, enükleasyondan sonra tümör kavitesi demineralize kemik matrisi ile doldurulmuş ve üzeri kollajen membran ile kapatılmıştır. Üç yılın sonunda yeterli ve ideale yakın bir kemik iyileşmesi izlenmiştir. Çiğneme fonksiyonlarının rehabilitasyonu için ise iki kemik içi implant yerleştirilmiştir. Dört yıllık takip periyodu sonunda rekürrens ve malign transformasyon oluşmamıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Favia GF, Di Alberti L, Scanaro A, Piattelli A: Ameloblastic fibro-odontoma: Reports of two cases. *Oral Oncol* 33: 444, 1997
2. Reichart PA, Philipsen HP, Gelderblom HR, Stratmann U: Ameloblastic fibro-odontoma\_ report of two cases with ultrastructural study of tumour dental hard structures. *Oral Oncol Extra* 40: 8, 2004
3. Chang H, Shimizu MS, Precious DS: Ameloblastic fibro-odontoma: A case report. *J Can Dent Assoc* 68: 243, 2002
4. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M: Histological typing of odontogenic tumours: World Health Organization: International Histological Classification of Tumours (ed 2). Berlin, Springer, 1992, p.16
5. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F: Mixed odontogenic tumours and odontomas: Consideration on relationship. Review of the literature and presentation of 134 cases of odontomas. *Oral Oncol Eur J Cancer* 33B: 86, 1997
6. Slootweg PJ: Epithelio-mesenchymal morphology in ameloblastic fibro-odontoma; a light and electron microscopic study. *J Oral Pathol* 9: 29, 1980
7. Miyauchi M, Takata T, Ogawa I: Immunohistochemical observations on a possible ameloblastic fibro-odontoma. *J Oral Pathol Med* 25: 93, 1996
8. Slootweg PJ: An analysis of the interrelationship of the mixed odontogenic tumours-ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma and the odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 51: 266, 1981
9. Hansen LS, Ficarra G: Mixed odontogenic tumours: An analysis of 23 new cases. *Head Neck Surg* 10: 330, 1988
10. Friedrich RE, Siegert J, Donath K, Jakel K: Recurrent ameloblastic fibro-odontoma in a 10-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 59: 1362, 2001
11. Hanna RJ, Regezi JA, Hayward JR: Ameloblastic fibro-odontoma: Report of case with light electron microscobic observation. *J Oral Surg* 34: 820, 1976
12. Flaitz CM, Hicks J: Delayed tooth eruption associated with an ameloblastic fibro-odontoma. *Pediatric Dent* 23: 253, 2001
13. Furst I, Pharoah M, Phillips J: Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 57: 620, 1999
14. Baker A, McMahon J, Parmar S: Immediate reconstruction of continuity defects of the mandible after tumor surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 59: 1333, 2001

**Geliş Tarihi:** 15.12.2004

**Yazışma Adresi:** Dr. Erkan ERKMEN  
15. Sokak, No: 11/6  
Bahçelievler, ANKARA  
erkmen@gazi.edu.tr