

Ameloblastik Fibroma: Bir Vaka Raporu

AMELOBLASTIC FIBROMA: A CASE REPORT

Orhan GÜVEN*, Nihat TUNCER**, Umut SARAÇOĞLU***

* Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

*** Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, ANKARA

Özet

Amaç: Bu makalede, uzun süre antibiyotikler kullanılarak geciktirilmiş, ağız içi bazı radyolüsent lezyonlar ile karıştırılma ihtimali olan ve nadir görülen bir ameloblastik fibroma vakası sunulmaktadır.

Vaka Raporu: Dokuz yaşındaki kız hasta sol mandibula bölgesinde uzun süredir var olan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağız içi muayenede normal mukoza izlendi. Panoramik radyografide sol mandibular bölgede henüz sürmemiş olan ikinci molar dişin kronu çevresinde radyolüsent lezyon görüldü. Vakamızda, klinik muayene, radyolojik muayene ve insizyonel biopsiyi takiben opere edilen lezyona ameloblastik fibroma tanısı konmuştur.

Sonuç: Ameloblastik Fibroma oldukça nadir izlenen bir odontojenik neoplazmdir ve diğer hızlı patolojilerle karıştırılabilir. Preoperatif biyopsi ve postoperatif histopatolojik tetkikler önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik tümörler,
Ameloblastik Fibroma

T Klin Diş Hek Bil 1999, 5:73-76

Ameloblastik Fibroma (A.F) mine ve dentin formasyonu olmaksızın, hem mezenşim hem de epitelial dokunun proliferasyonu ile karakterize olan odontojenik orjinli, mikst yapıda benign bir tümördür (1-3).

Geliş Tarihi: 26.11.1998

Yazışma Adresi: Dt. Umut SARAÇOĞLU
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD
06500 Beşevler, ANKARA

* Bu makale *Türk Ora! ve Maksillofasial cerrahi Derneği'nin* 28 Ekim-1 Kasım 1998 tarihinde Antalya'da düzenlenen 6. Uluslararası Bilimsel Kongresinde sözlü olarak tebliğ edilmiştir.

T Klin J Denial Sei 1999, 5

Summary

Purpose: In this paper, a case of ameloblastic fibroma which can be confused with some other pathologies and occurs rarely is presented. Our case had been administered antibiotic for a long time.

Case Report: A 9-year-old girl was referred to our clinic with a complaint of facial swelling over the left mandible. On intraoral examination, the intraoral soft tissues were normal. Radiographic examination revealed a radiolucent area around the unerupted mandibular second molar. Following the clinical and radiographic examination, the lesion was histopathologically diagnosed as an ameloblastic fibroma.

Conclusion: The ameloblastic fibroma is an uncommon neoplasm of odontogenic origin and the differential diagnosis includes other tumors. Preoperative biopsy and postoperative histopathologic examination are very important.

Key Words: Odontogenic Neoplasm,
Ameloblastic Fibroma

T Klin J Dental Sci 1999, 5:73-76

Blankestijn ve ark. (2) yaptıkları çalışmada belirtildiğine göre, bu lezyonlar Broca tarafından odontojenik neoplazm olarak tanımlanmış ve A.F. ismi, ilk kez 1891'de Kruse tarafından kullanılmıştır. Odontojenik neoplazmlar arasında %2 gibi nadir bir görülme oranına sahiptir. Klinik olarak A.F. daha çok mandibulada ve premolar molar bölgede izlenir. Seks ayırımı yapmaz. Ortalama görülme yaşı 14.6'dır. Radyografik olarak imiloküler ya da multiloküler iyi sınırlı radyolüsen-si şeklinde izlenir ve kortekste ekspansiyona neden olabilir. Asemptomatik, ağrısız ve yavaş büyür, fasiyal şişlik oluşturabilir. Kemik trabekülleri arasına infiltrasyon yerine, dereceli bir ekspansiyon yapar. Agresif değildir. Sürmemiş bir dişle birlikte

görülebilir. Kemiğe infiltrate olmadığı için tedavisinde konservatif yaklaşımlar önerilmektedir (1-5).

Bu makalede, uzun süre antibiyotikler kullanılarak geciktirilmiş, ağız içi bazı radyolüsent lezyonlarla karıştırılma ihtimali olan ve nadir görülen bir ameloblastik fibroma vakası sunulmuştur.

Vaka Raporu

Yüzünün sol kesiminde dereceli olarak artan bir şişlik şikayeti ile kliniğimize başvuran dokuz yaşındaki kız hastadan alınan anamnez sonucunda şişliğin 8 aydan beri bulunduğu öğrenilmiştir. Hastanın şikayetinin başladığı dönemde başvurduğu hekimler tarafından enfeksiyon şüphesi ile uzun süreli antibiyotik kullanıldığı ve bir gerileme elde edilememesi üzerine kliniğimize sevk edildiği öğrenildi. Yapılan ekstraoral muayenede angulus bölgesinde palpasyonda ağrısız, yaygın hareketsiz bir şişlik saptandı (Resim 1). Ağız içi muayenede ilgili bölgede herhangi bir ekspansiyon ve hiperemi yoktu. Radyografik muayenede henüz sürmemiş olan sol ikinci molar dişin kronu çevresinde iyi sınırlı, uniloküler radyolüseni saptanmıştır (Resim 2). İlk olarak yapılan ince iğne aspirasyon biopsisinde sağlıklı bir tetkike yeterli olabilecek hiç bir materyal çekilememiştir. Bunun üzerine lokal anestezi altında ilgili bölgeden insizyonel biopsi alınarak hitopatolojik tetkik yapılmış, malignité yönünden negatif ve AF ile uyumlu sonuç gelmiştir.

Hasta rutin cerrahi hazırlığı takiben genel anestezi altında ameliyata alınmış ve ikinci ve üçüncü molar diş jermi ile birlikte, kitle tamamen çıkarılarak çevre kemik kürete edilmiştir. Bölge 3/0 atravmatik ipek suturla primer olarak kapatılmıştır. Çıkarılan parçanın histopatolojik tetkikinin sonucu daha önceki biopsi sonucunu doğrulamıştır.

Histopatolojisinde, kollojenize bir stroma içinde ameloblast benzeri hücrelerin oluşturduğu adalar ve kordonlar görüldüğü, hücrelerde atipi mitoz olmadığı, hem epitel hem de mezenşimal komponent içerdiği belirtilmiş ve ameloblastik fibroma tanısı konmuştur (Resim 3).

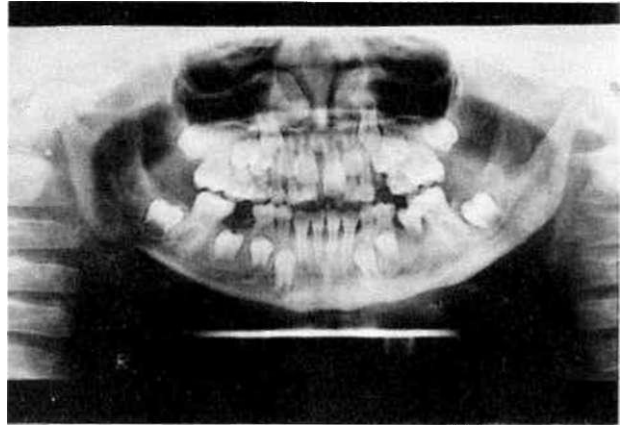
Bir yıldır takipte olan hastada rekürrens izlenmemiştir (Resim 4). Hasta periyodik takibe alınmıştır.



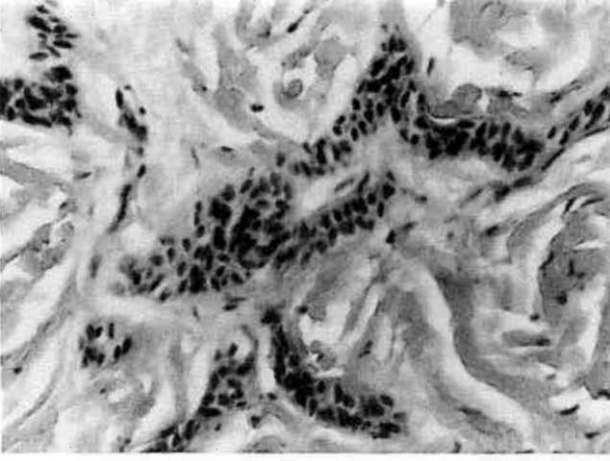
Resim 1. Yüzün sol tarafında görülen şişlik

Tartışma

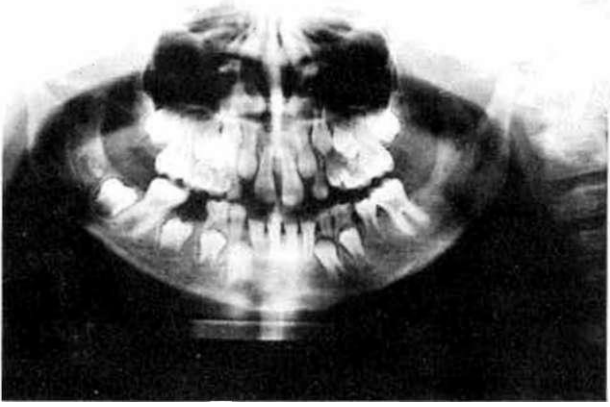
AF'lar klinik ve radyolojik olarak, ameloblastoma, diş enfeksiyonları, odontojenik keratokistler, dentigeröz kistler, Pindborg tümörü ve santral granüler hücreli odontojenik fibroma ile karıştırılabilir. Ayırıcı tanıda yardımcı kriterler olsa da tek



Resim 2. Sol 2. molar dişin kronu çevresindeki radyolüsent alan



Resim 3. (HE x 100) Ameloblast benzeri hücreler ve kollajenize stroma



Resim 4. Postoperatif panoramik radyografi

başına yeterli değildir. Histopatolojik tetkikin önemi büyüktür (2-4,6). Bizim vakamız da, uzun süre diş enfeksiyonu ön tanısı ile antibiyotik kullanılmış, ancak bir iyileşme izlenmemesi üzerine kliniğimize sevk edilmiştir. Hasta 8 ay geciktirilmiştir.

Blankestijn ve ark. (2) belirttiğine göre, A.F.'nin ameloblastoma ile benzer lokalizasyonda olması ve benzer radyografik görüntü arzemesi ayırıcı tamda önemlidir. A.F. ameloblastomaya göre daha genç yaşlarda görülür. Ameloblastoma gibi kemiğe infiltrat olmaz, lezyon düzgün yüzeyli olduğu için dereceli bir ekspansiyon yapar. AF'nin epitelial komponenti ameloblastoma ile uyumludur fakat ameloblastomada stroma reaktiftir ve gerçek tümör komponenti içermez (2).

Fasiyal şişliğin bir diş enfeksiyonuna bağlı olabileceği düşünülüp, karıştırılabilir. Fakat bu hastada enfeksiyona neden olabilecek bir dişin ve klinik muayenede ağrı ve lenfadenopatinin olmayışı ayırıcı tanıda önemlidir. Enfeksiyon şüphesi olan bu tür hastalarda bir ya da iki kür antibiyotik takiben, gerileme olmaması halinde biopsi düşünülmesinin gereğini hatırlatmakta fayda vardır.

A.F, odontojenik keratokist (Primordial Kist), dentigeröz kist ve pindborg tümörü ile radyolojik görünüş ve lokalizasyon açısından karıştırılabilir. Ayırıcı tanıya histopatolojik tetkikle varılır(4). Nitekim bizim hastamızda da öncelikle biopsi alınarak ön tam konulmuş ve hasta daha sonra opere edilmiştir.

A.F ile aynı lokalizasyonda görülen bir başka tümör de Santral granüler hücreli odontojenik Abramadır. Görülme yaşı A.F.'ya göre oldukça geçtir. Ortalama görülme yaşı 53.6 olarak bildirilmiştir (8). Ayırıcı tanı histopatolojik tetkikle konur. Santral granüler hücreli odontojenik fibroma'nın histopatolojisinde, mezenşimal hücrelerin granüler bazofilleri vardır (8).

A.F bir de nadiren ameloblastik fibrosarkoma'ya (A.F.S) dönüşebilir. Bu iki tümörü ayırt etmek oldukça önemlidir. Çünkü A.F.S. lokal invazyon yapar, agresiftir, yüksek rekürrens gösterir. Tedavisinde mandibulektomi ya da maksillektomi gibi radikal cerrahi prosedürler tercih edilir (3,7). Bunun için de preoperatif olarak yapılan biopsi yeterli görülmemeli, operasyonda çıkarılan parçanın tamamı histopatolojik yönden değerlendirilmelidir.

A.F dental follikül ile de karıştırılabilir. Ancak follikül daha ince, daha iyi sınırlı ve simetriktr (6).

Literatürde A.F için farklı oranlarda rekürrens bildirilmektedir (3). Bu kadar farklı oranlarda rekürrensini bildirilmesi tümörün cerrahi sırasında tamamen çıkarılamamasına bağlanmıştır. Özellikle çocuklarda lokal küretaj ve enükleasyon reaktif kemik formasyonunun iyi olması nedeniyle tavsiye edilir (3). Bu nedenle biz de vakamızda lokal küretaj ve enükleasyon uyguladık ve 1 yıllık takipte rekürrense rastlamadık. A.F'ntn nadiren izlenen bir odontojenik neoplazm olması ve diğer bazı patolojilerle karıştırılabilmesi ve histopatolojik tetkikin önemini vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Shafer WG . Hine MK . Levy BM: A Textbook of Oral Pathology 227, 1966
2. Blankestijn J, Ponders A K, Wymanga PH: Ameloblastic fibroma of the mandible. British J of Oral Maxillofacial Surg. 24:417, 1986
3. Dallera P, Bertoni F, Marchetti C, Bacchini P, Campobassi A: Ameloblastic Fibroma: A Follow up of Six Cases. J of Oral Maxillofacial Surg. 25:199, 1996
4. Girdler NM, Edwards DM: Ameloblastic Fibroma an Unusual Case of Facial Swelling in a Young Child Br Dent .1.169:57,1990
5. Mosby EL, Russel D. Noren S, Baker S, Barker BF: Ameloblastic fibroma in a 7-week old infant: A case report and review of the literature J Oral Maxillofacial Surg. 56:368 ,1998
6. Kim J, Ellis GL: Dental follicular tissue: Misinterpretation as odontogenic tumors. Journal of oral and maxillofacial surgery 51:762, 1993
7. Dallera P, Bertoni F, Baccini P, Campobassi A: Ameloblastic fibrosarcoma: Report of five cases. J of cranio maxillofacial surgery 22:349, 1994
8. Vincent SD, Hammond HL, Ellis GL, Juhlin JP: Oral surg Oral med Oral pathol 63:715, 1987