

# Ameloblastik Fibroma -Olgu Raporu-¶

## AMELOBLASTIC FIBROMA -A CASE REPORT-

Ali Alp SAĞLAM\*, M. Şenol TÜZÜM\*, Gülsen AYDIN\*\*\*, Aliye SARI\*\*\*\*

\* Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

\*\* Prof.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

\*\*\* Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji BD,

\*\*\*\* Uz.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji BD, ISPARTA

### Özet

**Amaç:** Ameloblastik fibroma, epitelyal ve mezenşimal elementlerin proliferasyonu ile karakterizedir. Sert doku (örneğin; mine ve dentin) formuna rastlanmaz. Yavaş büyür ve çenenin ağrısız ekspansiyonuna neden olabilir. Tümöre sürmemiş bir diş eşlik eder. Tümör büyüyebilir, ancak invazyon göstermez. Ameloblastik fibromanın malignite karşılığı ameloblastik fibrosarkomadır. Tümör için genellikle küretaj ve enükleasyon uygundur. Bu makalede ender görülen bir ameloblastik fibroma olgusu sunulmuştur.

**Vaka Raporu:** Yedi yaşındaki erkek hasta, yüzdeki hafif şişliğin değerlendirilmesi amacıyla kliniğimize başvurdu. Panoramik radyografide, sol alt çenede süt birinci azı dişin distalinden margo anteriora kadar uzanan bir radyolüsenlik dikkati çekti. Lezyon içinde birinci büyük azı dişi mevcuttu. Lokal anestezi altında tümör, birinci büyük azı dişi korunarak eksize edildi. Patolojik kitlenin kesiti lobullü bir şekil gösteriyordu. Mikroskopik olarak lezyon, kordonlardan ve mezenşimal konnektif doku stromasında epitelyal hücre adacıklarından meydana geliyordu. Tanı, mandibulada ameloblastik fibroma idi.

**Sonuç:** Ameloblastik fibroma, bazı patolojik durumlarla karıştırılabilir. Ayırıcı tanıda histopatolojik tetkikler önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameloblastik fibroma, Benign tümörler, Odontojenik tümörler, Mandibula

T Klin Diş Hek Bil 2001, 7:145-148

### Summary

**Purpose:** The ameloblastic fibroma is characterized by proliferation of both epithelial and mesenchymal elements. No hard tissue (i.e., enamel or dentin) is formed. It is slow-growing and causes painless expansion of the jaw. Unerupted teeth may be associated with the tumour. The tumour may expand but does not invade. The malignant counterpart of the ameloblastic fibroma is ameloblastic fibrosarcoma. A curettage and enucleation are usually advisable even for tumours. In the present paper, a case of ameloblastic fibroma which occurs rarely is presented.

**Case Report:** A 7-year-old boy was referred to the clinic for evaluation of slightly facial swelling. A panoramic radiograph showed a radiolucency extending from the distal of the first deciduous molar to the margo anterior in the left mandible. The first molar teeth was associated with the lesion. The tumour was totally removed under local anesthesia without the unerupted first molar teeth. Cross section of gross specimen showed lobulated form. Microscopically, the lesion was composed of cords, and islands of epithelial cells in a stroma of mesenchymal connective tissue. The diagnosis rendered was ameloblastic fibroma in mandible.

**Conclusion:** The differential diagnosis of ameloblastic fibroma includes other pathological process. In this respect, histopathological examination are very important.

**Key Words:** Ameloblastic fibroma, Benign tumours, Odontogenic tumours, Mandible

T Klin J Dental Sci 2001, 7:145-148

**Geliş Tarihi:** 31.05.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.Ali Alp SAĞLAM  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerrahisi AD  
32040, ISPARTA

¶Bu olgu bildirimini, Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği'nin 6. Uluslararası Bilimsel Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur (28 Ekim-1 Kasım 1998 Belek-ANTALYA).

T Klin J Dental Sci 2001, 7

Ameloblastik fibroma, epitelyal ve mezenşimal elementlerden oluşan odontojenik bir tümördür (1-3). Hastaların büyük bir çoğunluğu çocuklardır (2-4). Tümör, alt çenede üst çeneye göre daha sık görülür (1,2,5-9). Küçük azı ve büyük azı bölgesi, tümörün tercih ettiği sahadır (2,6,8).

Tümör, genellikle sürmemiş bir diş ile birlikte görülür (4,10-12), ırk ve cinsiyet farkı gözetmez

145

(1,2,8). Asemptomatik olarak ağrısız ve yavaş bir şekilde büyür, büyüdüğünde dişlerde migrasyona neden olur (8). Bazı hallerde de hızla büyüyerek çenenin büyük bir kısmını işgal eder, ancak invazyon özelliği yoktur (2).

Radyografide sınırları düzenli ve belirgin koyu radyolüsent bir alan halinde görülür. Tümör, sürmemiş dişlerin kuronlarının etrafında yerleştiği için görünüşü bir foliküler kiste benzer. Genellikle uniloküler, bazen de multilokülerdir. Uniloküler görüntü verdiği zaman uniloküler ameloblasto-madan zor ayırde edilirler (1,2,6,7).

Tümörün üzerindeki fibröz kapsülü, kolayca çıkarılmasına yardımcı olur (8). Histopatolojik olarak; tümörün epitelyal komponenti ameloblastomayı, mezenşimal komponenti dental papillayı andırır (5,6,13,14). Tümör, uzun ve silindirik hücrelerin oluşturduğu periferik bir tabakayı, mezenşimal konnektif doku stroması içinde epitel hücre adacıklarını ve kordonları, ortada dar bir alanda ise yıldız şeklinde retikuluma benzer hücreleri içerir (2,6).

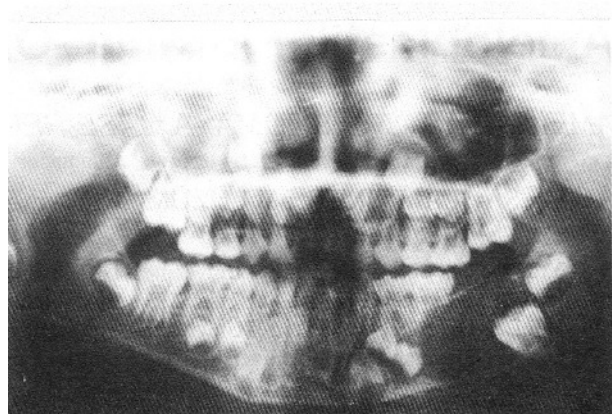
Tümör için enükleasyon ve küretaj yeterli tedaviyi oluşturur (15). Ancak postoperatif birkaç yıl hastanın takip edilmesinde yarar vardır (8).

### Olgu Raporu

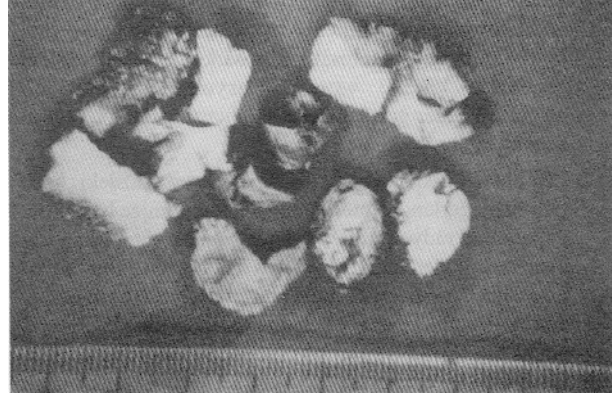
Mayıs 1998 tarihinde kliniğimize başvuran 7 yaşındaki erkek hastamızın, ekstraoral muayene ile fark edilemeyen şişliğinin intraoral muayenede alt sol süt ikinci azı dişinden margo anteriora kadar uzandığı görüldü. Üzerindeki mukoza rengi normaldi. Sol mandibula ve boyun bölgesinde lenfadenopatiye rastlanmadı. Alınan panoramik radyografide, alt sol ikinci süt azı dişinden ikinci büyük azı dişi germine kadar uzanan, kenar sınırları düzgün radyolüsent bir lezyonun varlığı tesbit edildi. Lezyon içinde, mandibulanın alt kenarına kadar itilmiş sol alt birinci büyük azı dişi germinin mevcut olduğu görüldü (Resim 1).

Lokoregional anestezi altında yapılan triangular insizyon ile mukoperiosteal lambo kaldırıldı. Üzerindeki kemik desteği kaldırılarak lezyona ulaşıldı. Lobule şeklindeki tümöral kitle kolayca eksize edildi. Alt sol birinci büyük azı dişi germi yerinde bırakıldı ve lambo primer olarak dikildi.

Patolojik kitlenin enine kesitinde tipik lobule form dikkati çekti (Resim 2). Histopatolojik incelemede dental papillayı andıran stroma içinde silindirik hücrelerden oluşan epitel hücre adacıkları,



**Resim 1.** Kenar sınırları düzgün radyolüsent lezyonun içindeki sol alt birinci büyük azı dişi germi.



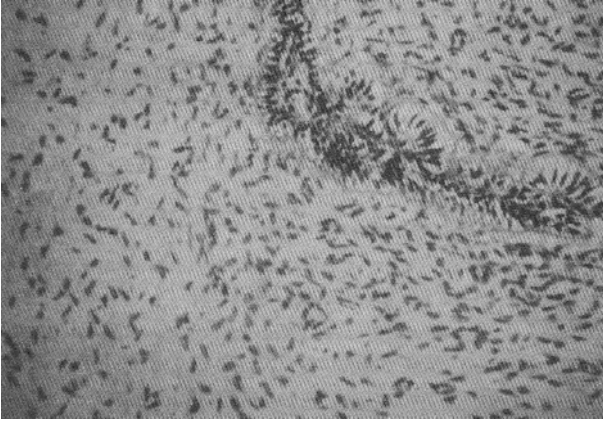
**Resim 2.** Spesmenin enine kesitinde görülen tipik lobule form.

ları, konnektif doku stroması, uniform immatür fib-röz doku elemanları ve konnektif doku stromasında odontojenik epitel hücre kordonları görüldü (Resim 3, 4). Bu bulgulara göre tümöre ameloblastik fibroma tanısı konuldu.

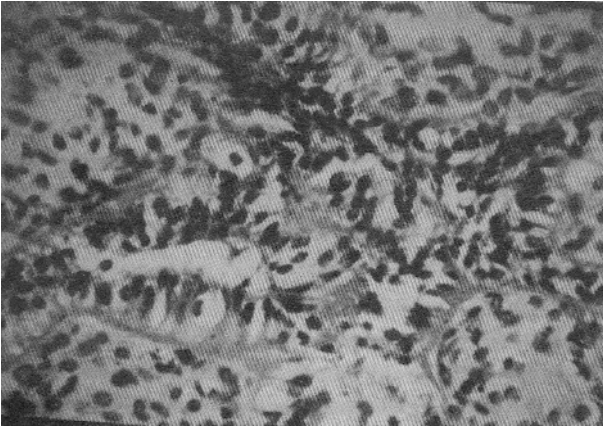
Postoperatif birinci yıl kontrolünde hastada rekürrens izlenmedi ve çenede bırakılan alt sol birinci büyük azı dişinin sürmeye başladığı görüldü (Resim 5).

### Tartışma

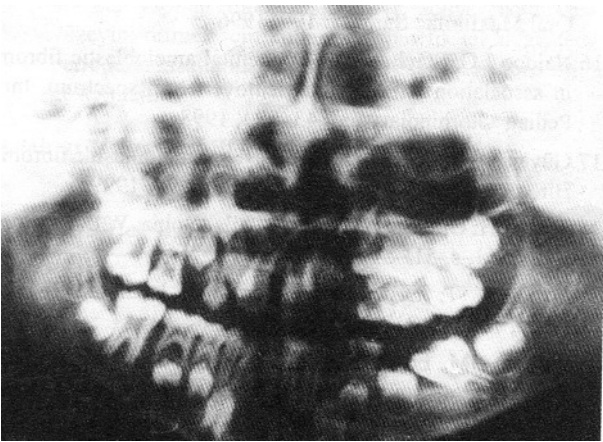
Ameloblastik fibroma genellikle diş kalsifikasyonu başladıktan sonra, diş folikülünden gelişir (1). Bu nedenle buluş çağlarında görülürler (2,4,6). Kaynak incelemelerinde, 15 aylık kız çocuğunda görülmüş olan konjenital ameloblastik fibroma (16) hariç tümörün görüldüğü en genç



**Resim 3.** Dental papillayı andıran mezenkimal stroma içerisinde silindirik hücrelerden oluşan epitel hücre adacıkları (HE-100X).



**Resim 4.** Uzun silindirik hücrelerin oluşturduğu epitelyal komponentin yakından görünüşü (HE-400X).



**Resim 5.** Postoperatif birinci yıl kontrolünde alt sol birinci büyük azı dişinin sürmeye başlaması.

kişinin 2 yaşında olduğu (4), ancak ortalama 11-15 yaşları arasında ortaya çıktığı dikkati çekmiştir (4). Hastamızın 7 yaşında olması ve lokalizasyon açısından tümörün alt çene küçük azı ve büyük azı bölgesinde görülmüş olması, lezyonun genel özelliklerine uymaktadır (2,6,8).

Ameloblastik fibromaların ayırıcı tanıları ameloblastoma, dentigeröz kist, odontojenik keratokist, Pindborg tümörü, odontojenik fibroma ve diş enfeksiyonları ile yapılır (17). Ameloblastik fibroma, genellikle 21 yaşın altında görülmesine karşın, ameloblastoma 20-30 yaşları arasında ortaya çıkar (18). Ameloblastik fibroma, ameloblastoma gibi kemiğe infiltre olmaz (18). Histopatolojik incelemede, ameloblastomada görülen epitelyal adacıklar ameloblastik fibromada daha ufaktır ve yıldızlı retikulum meydana getirirler. Epitelyal adacıkların yıldızlı retikulum meydana getirebilmeleri ameloblastik fibroma için patognomoniktir (2). Ayrıca ameloblastomada stroma reaktiftir ve gerçek tümör komponenti içermez (9).

Dentigeröz kistlerin radyografik görüntüsü ameloblastik fibromaya benzemekle birlikte, dentigeröz kistlerin erkeklerde daha sık görülmesi, 20-50 yaşlar arasında ortaya çıkması ve radyopak bir çizgi ile çevrilmiş olması, klinik olarak ameloblastik fibromadan ayırt edilmesini sağlar (8).

Odontojenik keratokistler (primordial kist), residiv yapabilen ve hatta malign karakter kazanabilen kistler olarak kabul edilirler. Epitel tabakasının, çevresindeki bağ dokusuna papiller uzantıları yoktur. Belirgin bir keratinleşme gösterirler (19). Ameloblastik fibromadan sadece histopatolojik tetkikler sonucu ayırt edilebilirler (20).

Pindborg tümörü (kalsifiye epitelyal odontojenik tümör) genel olarak ameloblastik fibromaya benzemekle birlikte, ortalama 38-42 yaşlarında görülmesi, tümörün likit yapısı içinde dağılmış irili ufaklı radyopak kireçlenme odaklarına rastlanması, gevrek ve dağılgan bir tümör olduğu için cerrahi girişim sırasında parçalanması, kesilirken kumlu gibi izlenim vermesi ve mikroskopik incelemede tümör içindeki yuvarlak boşlukların amorf eozinofil bir madde ile dolu olması ve bu maddenin amiloid boyalarla boyanabilmesi, Pindborg tümörünün ayırıcı tanılarındandır (7).

Ameloblastik fibroma ile aynı lokalizasyon gösteren bir başka tümör de odontojenik fibromadır. Gelişmemiş bir dişin folikülünden orjinini alan ve radyografik görüntüsü dentigeröz kist ve ameloblastik fibromaya benzeyen odontojenik fibroma, WHO sınıflandırmasına göre periferik ve santral olmak üzere iki grupta incelenir. Periferik tip üst çene ön bölgede görülmesine karşın santral tip alt çenede lokalize olur. Ameloblastik fibromadan farklı olarak odontojenik fibromada odontojenik epitel adaları ve bol miktarda kalsifikasyon alanları mevcuttur (8).

Ameloblastik fibroma yüzde bir şişlik meydana getirirse bir diş enfeksiyonu ile karıştırılabilir (17). Böyle bir durumda enfeksiyona neden olabilecek bir diş ve ağrı varlığı aranmalı, lenfadenopati mevcudiyeti değerlendirilmelidir. Güven ve arkadaşları (17), bir veya iki kür antibiyotik tedavisini takiben yüzdeki şişliğin gerilememesi durumunda biyopsinin düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Ameloblastik fibroma tedavi edilmediği durumlarda nadiren ameloblastik fibrosarkoma'ya dönüşebilir. Tedavisinde geniş çene rezeksiyonlarının tercih edildiği ameloblastik fibrosarkoma agresif özelliktedir ve yüksek rekürrenslik gösterir (21). Bu nedenle ameloblastik fibromanın tanısı titizlikle ve vakit kaybedilmeden konulmalı ve tedavisinde çok geç kalınmamalıdır.

Çocuklarda reaktif kemik formasyonunun iyi olması nedeniyle ameloblastik fibromanın tedavisinde lokal küretaj ve enükleasyon önerilmektedir (15). Tümörün tamamen çıkarılamadığı durumlarda görülen rekürrens olayı olgumuzda rastlanmamıştır. Borçbakan (5), nonagresif özelliğe sahip tümöre fibromatöz dokunun hakim olduğu durumlarda rekürrensin görülmeyeceğini bildirmektedir. Olgumuzda inmatür fibröz doku elemanlarının daha fazla görülmesi nedeniyle rekürrenslik oranının oldukça düşük düzeylerde olacağı düşünülebilir. Buna karşın her olguda yapılması gerektiği gibi hastamız da uzun bir süre yakından takip edilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Bayırlı G: Röntgen Işınları ve Dişhekimliğinde Uygulamalar. İstanbul, İ.Ü. Basımevi, 1994, s. 375-376
2. Gorlin RJ, Goldman HM: Thoma's Oral Pathology. Vol.1. 6.ed. London, C.V. Mosby Co., 1970, s. 495-496.
3. Junquera LM, Albertos JM, Floriano P, Calvo N, Santos J: Ameloblastic fibroma: Report of two cases. Int J Paediatr Dent 5: 181, 1995
4. Schmidt WA, Philipsen HP, Reichart PA: The ameloblastic fibroma. An odontogenic tumor in the growth period (Abstract). Dtsch Zahnarztl Z 46: 66, 1991
5. Borçbakan C: Ağız, Çene ve Diş Hastalıkları. Ankara, Hacettepe-Taş Kitapçılık, 1981, s. 113-114
6. Cawson RA, Eveson JW: Oral Pathology and Diagnosis. Hong Kong, W.B. Saunders Co., 1992, s. 6.11
7. Tahsinoğlu M, Çöloğlu S, Erseven G: Odontogen Tümörler. İstanbul, Bozak Matbaası, 1981, s. 12-13, 23-24
8. Türker M, Yücetaş Ş: Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. Ankara, Atlas Kitapçılık, 1997, s. 298-300, 328-329, 333
9. Blankestijn J, Ponders AK, Wymanga PH: Ameloblastic fibroma of the mandible. Br J Oral Maxillofac Surg 24: 417, 1986
10. van Wyk CW, van der Vyver PC: Ameloblastic fibroma with dentinoid formation/immature dentinoma. A microscopic and ultrastructural study of the epithelial-connective tissue interface. J Oral Pathol 12: 37, 1983
11. Baroni C, Farneti M, Stea S, Rimondini L: Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar. A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 73:548, 1992
12. Young AH: Ameloblastic fibroma in an infant. J Oral Maxillofac Surg 43:289,1985
13. Ernst H, Scampini G, Durchfeld MB, Brander WP, Rittinghausen S: Odontogenic fibroma in Sprague-Dawley rats: A report of 2 cases. Exp Toxicol Pathol 50:384,1998
14. Tatemoto Y, Yamamoto N, Onojima M, Okada Y, Mori M: Ameloblastic fibroma: Growth potentiality of odontogenic epithelium and coexpression of intermediate filament proteins in fibromatous cells. J Oral Pathol 17: 168, 1988
15. Dallera P, Bertoni F, Marchetti C, Bacchini P, Campobassi A: Ameloblastic fibroma: A follow-up of six cases. Int J Oral Maxillofac Surg 25: 199, 1996
16. Naidoo LC, Stephen LX: Congenital ameloblastic fibroma in association with oculoauriculovertebral spectrum. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 43: 283, 1998
17. Güven O, Tuncer N, Saraçoğlu U: Ameloblastik fibroma: Bir vaka raporu. T Klin Diş Hek Bil 5: 73, 1999
18. Archer H: Oral Surgery. 4. Ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1961, s. 511-515
19. Özbayrak T: Dişhekimliği Cerrahisi. İstanbul, Renk İş Ofset, 1990, s. 217-218
20. Girdler NM, Edwards DM: Ameloblastic fibroma an unusual case of facial swelling in a young child. Br Dent J 169: 57, 1990
21. Dallera P, Bertoni F, Baccini P, Campobassi A: Ameloblastic fibrosarcoma: Report of five cases. J Craniomaxillofac Surg 22: 349, 1994