

AMELOBLASTOMA VE ODONTOJENİK KERATOKİSTLERİN KLİNİK VE RADYOLOJİK DAVRANIŞI: VAKA SERİLERİYLE BİRLİKTE LİTERATÜR TARTIŞMASI

*Clinical and Radiological Behaviour of Ameloblastoma and Odontogenic Keratocysts:
A Literature Review with Case Series*

Melda MISIRLIOĞLU¹, Zahide MEŞHUR², Yağmur YILMAZ AKYIL³

^{1,2,3} Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,
KIRIKKALE, TÜRKİYE

ÖZ

ABSTRACT

Ameloblastoma cinsiyet ayrımı gözetmeksizin genellikle genç yetişkinlerde izlenen mine dokusunun diferansiye olmamış gerçek bir neoplazmıdır ve invaziv olarak büyür. %80'i mandibular %20'si maxillar bölgede olmak üzere oral tümörlerin yaklaşık olarak %1'ini oluşturur. Klinik olarak ameloblastoma yavaş büyüyen ve yüzde şişlik gibi herhangi bir bulgu vermeyen, asemptomatik lokal agresif bir tümördür. Radyolojik görüntüsü klasik bir multiloküler kistik radyolüsent lezyon şeklindedir. Sabun köpüğü ve bal peteği şeklindeki radyolüsent alanlar tipik görüntüsüdür. Keratokistik odontojenik tümör; dental lamina artıklarından gelişen agresif davranışlı ve çevre dokulara infiltratif özelliği ile benign odontojenik tümör sınıfına dahil edilen yüksek nüks özelliği gösteren lezyonlardır. Konik Işımlı Bilgisayarlı Tomografi (KİBT) diş hekimliğinde güncel kullanılan en yeni ve ileri görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmanın amacı ameloblastoma ön tanısıyla tartışılan vaka serilerinin radyografik görüntüleri ve histopatolojik sonuçlarının değerlendirilmesidir. Bu çalışmada ön tanıdan farklı olarak beş vaka histopatolojik olarak keratokistik odontojenik tümör tanısı almıştır. Çoğu vakada ameloblastoma karakteristik olarak teşhis edilebilir fakat radyografik görüntü diagnostik değildir.

Ameloblastoma is a non-differentiated real neoplasm of enamel tissue usually seen in young adults, regardless of gender. It grows invasively. Ameloblastoma accounts for approximately 1% of oral tumors with 80% in the mandibular and 20% in the maxillar region. Clinically, ameloblastoma is a locally aggressive tumor that is asymptomatic and slowly growing without swelling. Its radiological appearance is classically a multilocular cystic radiolucent lesion. The most typical appearance is the radiolucent areas in the form of soap bubbles and honeycombs. Keratocystic odontogenic tumor is derived from dental lamina residues and is included in odontogenic tumor class lesions for its aggressive behavior and infiltration to adjacent tissues. Cone Beam Computed Tomography (CBCT) is the newest imaging method used in dentistry currently. The aim of this article was to discuss a case series of ameloblastoma with a preliminary diagnosis of radiographic appearance. Histopathologically five of seven cases were diagnosed as keratocystic odontogenic tumor. In most cases, ameloblastoma can be diagnosed as characteristic, but its radiographic appearance is not diagnostic.

Anahtar Kelimeler: Ameloblastoma, keratokistik odontojenik tümör, KİBT, kistik lezyon, odontojenik tümörler

Keywords: Ameloblastoma, keratocystic odontogenic tumor, CBCT, cystic lesion, odontogenic tumors



Yazışma Adresi / Correspondence:

Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fak., Ağız, Diş ve Çene Rady. A.D., Yahşihan, KIRIKKALE TÜRKİYE

Tel / Phone: +90 533 421 35 25

Geliş Tarihi / Received: 11.10.2019

ORCID NO: ¹0000-0002-0207-4383, ²0000-0002-6438-7684

Dr. Melda MISIRLIOĞLU

E-posta / E-mail: meldamsr@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 25.03.2020

³0000-0002-5042-5061

GİRİŞ

Ameloblastoma daha çok çene kemiklerinde görülen ve lokal olarak agresif özellik gösteren benign odontojenik bir tümördür. Tümörün diş germi epiteli kalıntılarından, odontojenik kist epitelinden, mine epitelinden ve skuamoz epitelinden köken aldığı düşünülmektedir. Oral tümörlerin yaklaşık olarak %1'ini oluşturur; %80'i mandibular %20'si maxillar bölgede görülür. Cinsiyet ve ırk ayrımı göstermez, en sık molar diş komşuluğu ile ramustan gelişir (1). Her yaşta görülebilmekle beraber vakalar genellikle 3. ve 4. dekatlarda daha sık görülür (2). Ameloblastomalar yavaş büyüyen, kemikte lokal invazyon, ekspansiyon ve destrüksiyon yapmaya eğilimli, rekürrens oranı yüksek tümörlerdir Klinik olarak ameloblastoma asemptomatiktir ancak etkilenen bölgede yavaş büyüyen ağrısız şişlik, dişlerde malokluzyon, sallanmalar ve yer değişiklikleri, ağrı ve parestezi gibi semptomlara neden olabilir (1). Tümöral kitlenin büyümesi, rezorbsiyonun fazlaşması ve kistik dejenerasyonun artması sonucu çene kemiği inceler ve krepitasyon alınabilir. Tümör enfekte olmadığı ve sinir tutulumu olmadığı sürece nadiren ağrılıdır ve semptom verir. Maksiller bölgede yerleşmiş tümörler sinüsü tutarak nazofarinks ve orbitaya ilerleyebilir. Radyolojik görüntüsü klasik olarak yuvarlak, uniloküler veya multiloküler kistik radyolüsent görünümündedir. En tipik tanı konan formu çok odaklı "bal peteği" veya "sabun köpüğü" şeklinde radyolüsent alanlardır (3). Çoğu vakada ameloblastoma karakteristik olarak teşhis edilebilir fakat radyografik görünümü diagnostik değildir (1). Çenelerin odontojen kökenli kistlerinden olan odontojenik keratokisti 1876'da Mikulicz belirtmiş, 1956'da Philipsen tanımlamıştır. Her iki çenede görülmekle birlikte sıklıkla alt çenede lokalize olurlar. Genellikle hayatın ikinci ve üçüncü dekatlarında görülürler, erkeklerde %56,9 oranında teşhis edilen keratokistler bütün çene kistlerinin %7,8'ini oluştururlar. Odontojenik kistlerin tümü keratinizasyon potansiyeli taşımalarına rağmen,

keratokistlerin farklı mikroskopik özelliklere ve patogeneze sahip olduğu bildirilmiştir (4). Küçük kistler klinik bulgu vermezken rutin radyografik tetkiklerde saptanırlar. Büyük kistlerin ise ağrı, şişlik ve ağız içine fistülüz olma/drenaj gibi bulguları olabilir. Radyografik olarak düzgün radyopak sınırlı, radyolüsent alan şeklinde görülür.

Odontojenik keratokistlerin tedavisi kistin özelliğine göre değişkenlik gösterebilir. Nüks eğilimine veya cerrahi işlem zorluğuna göre; enükleasyon, marsüpyalizasyon ve küretaj gibi konservatif yaklaşımlarda bulunulabileceği gibi; lokal ostektomi, rezeksiyon veya kimyasal küretaj gibi agresif tedavi seçenekleri de bulunmaktadır. Kesin tanısı histolojik incelemeyle konulacağı gibi, belirgin ekspansiyon yapmadan kemiğin medullar kavitesinin içinde antero-posterior yönde büyürler ve bu da kemikte ekspansiyona neden olan dentigeröz, radiküler kistler ile ayırıcı tanıda yararlı olmaktadır (5).

Diş hekimliğinde kullanılan radyografik görüntüleme yöntemleri, hastaların klinik semptomlarını değerlendirerek, teşhis ve tedavi planlamasının doğru bir şekilde yapılmasını sağlayan önemli bir araçtır. Konvansiyonel yöntemler sadece iki boyutlu görüntü elde edilmesine olanak sağlarken son yirmi yıl içinde diş hekimliğinde üç boyutlu görüntüleme yapılabilir hale gelmiştir. Dental Konik Işıklı BT (KIBT) genellikle ortodontik sorunların tedavi planlamasında kullanıldığı gibi çene tümörlerinin tespiti, ölçümü ve tedavisi, kemik yapısının ve diş oryantasyonunun belirlenmesi, ağrı veya patolojinin kökenini tespit etmek için kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Görüntüleme işlemi esnasında hastaya acı veren bir uygulama olmadığı gibi muayene süresi ve hasta hareketi artefaktını azaltan avantajlı bir tekniktir. KIBT, geleneksel periapikal radyograflarda görülen geometrik bozulma ve yapıların üst üste binmesi gibi sorunların üstesinden gelen üç boyutlu radyografik tekniktir. Dental volumetrik cihazlar konik yapıda tek bir ışın demetiyle hastanın başının etrafında 360°lik

tek bir rotasyonla yeterli veriyi elde etmektedir. Bu işlem yelpaze şeklindeki X-ışınlarının gönderilmesiyle “inceleme alanı (FOV)” alanının tek tek görüntü kesitlerini alan ve bu kesitlerin istiflenmesi ile 3 boyutun elde edildiği “medikal tomograflardan” farklıdır. Sensor boyutu, şekil ve ışın demetinin geometrisine göre değişmektedir. İnceleme alanının sınırlandırılmasıyla optimal FOV her bir hasta için patolojik oluşumu ve görüntülenmek istenen alanın özelliklerine göre seçilebilir. Tedavi kararının, planlamasının ve sonucun değişme yeteneğine sahip olması için KIBT incelemesinin, hasta lehine potansiyel yararı olması gereklidir. KIBT’den yayılan radyasyon dozları genellikle geleneksel dental radyografi dozlarından daha yüksek ve daha pahalı olması gibi dezavantajları olsa da diş hekimliğinde üç boyutlu verilerin elde edilmesine ve görüntüler üzerinde rekonstrüksiyon işlemlerinin yapılabilmesine, tedavi öncesi/bitimi/sonrası durum değerlendirmesine olanak sağlar.

Bu makalede çeşitli zaman aralıklarında Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine diş ağrısı, periodontal veya ortodontik şikâyetlerle başvuran hastalardan tesadüfi olarak tespit edilen patojiler değerlendirilmiştir. Hastalardan imzalı onam formları alınmıştır.

OLGU 1

53 yaşında kadın hasta, halitozis şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde diyabet hastası olduğu ve 10 yıldır insülin kullandığı öğrenildi. Ekstraoral muayenede sol ramus bölgesinde hafif bir ekspansiyon saptandı. Hasta 2013 yılında sol yirmi yaş dişini zorlu bir cerrahi operasyonla çektiğini belirtti. Panoramik radyografide sol ramus bölgesine doğru ilerleyen 36’nın distal kökü ile komşu, geniş ve sınırları belirgin, ekspansif, uniloküler radyolusent alan görüldü. KIBT ile elde edilen görüntülerde, lezyonun 42×17×13mm (SI-MD-BL) boyutlarında olduğu

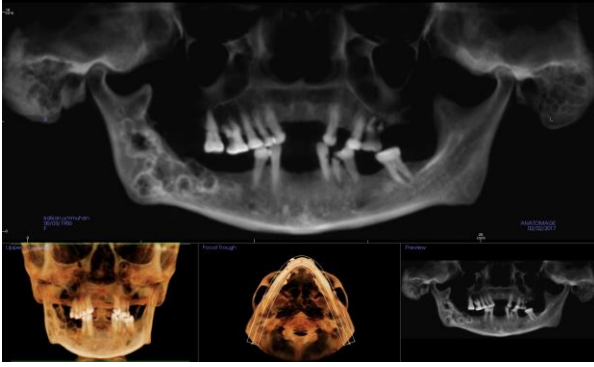
belirlendi. Bukkal kortikal kemikte incelmeye, Lingual kortikal kemikte dekstrüksiyon ve mandibular kanalın inferior yönde yer değiştirdiği tespit edildi. Hastaya ağız, diş ve çene cerrahisi tarafından ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Yapılan sitolojik inceleme sonucu keratokist olduğu tespit edildi.

OLGU 2

46 yaşında erkek hasta, diş eksikliği şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde herhangi sistemik bir hastalığı olmadığı öğrenilen hastaya 2014 yılında yine diş eksikliği şikâyetiyle gittiği hastanede çenesinde kist olduğu bilgisinin verildiği öğrenildi. Herhangi bir tedavi yaptırmadığı öğrenilen hastadan alınan panoramik radyografide sağ mandibular korpus bölgesinde içinde kalsifiye odaklar bulunan sınırları belirgin uniloküler radyolusent alan tespit edildi. Alınan KIBT görüntüsünde lezyonun 18×32×12 mm (SI-MD-BL) boyutlarında, bukkal ve lingual kemikte incelmeye neden olduğu ancak korteksi geçmediği ve perforasyon yapmadığı tespit edildi. Lezyonun 45 nolu diş kökü ile bitişik ve mandibular kanalı inferiora doğru ittiği saptandı. Eksizyonel biyopsi yapılan hasta ameloblastoma tanısı aldı.

OLGU 3

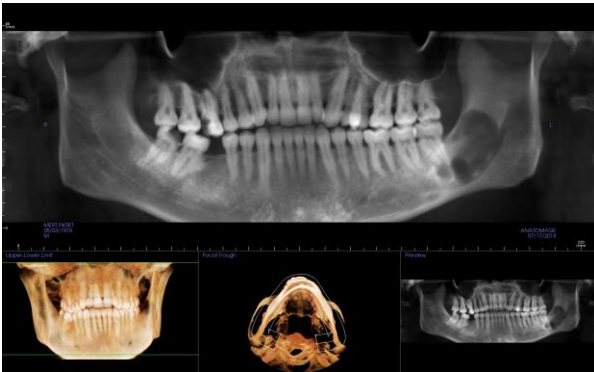
60 yaşında kadın hasta, sol alt dişindeki ağrı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde hipertansiyon hastası olduğu ve ilaç kullandığı öğrenildi. Panoramik radyografide sağ mandibular bölgeye yayılmış çok sayıda multiloküler radyolusent lezyon tespit edildi. KIBT görüntüsünde lingual kemikte perforasyon tespit edilen multiloküler lezyonların 13×10×8 mm (SI-MD-BL) boyutlarında olduğu belirlendi (Resim 1). Multikistik ameloblastoma ön tanısıyla Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı’nda mandibular rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucunda ameloblastoma olduğu öğrenilerek ön tanı doğrulandı. (Resim 1)



Resim 1: Olgu 3, ameloblastoma ön tanısı doğrulanmış hasta

OLGU 4

44 yaşında erkek hasta sağ üst dişindeki dolgu kırılması şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde sistemik bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Panoramik radyografi incelendiğinde sol ramus mandibulada 38 nolu diş köküne ilişkide multiloküler radyolüsent alan tespit edildi. KIBT görüntüsünde lezyonun 32×23×8 mm (SI-MD-BL) boyutlarında ölçüldü (Resim 2). Ameloblastoma olduğu düşünülen lezyondan insizyonel biyopsi örneği alındı fakat sonuç keratokist olarak tanılandı. (Resim 2)



Resim 2: Olgu 4, odontojenik keratokist

OLGU 5

38 yaşında kadın hasta, sağ temporomandibuler eklem ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Sistemik hastalığı olmadığı öğrenilen hastanın panoramik radyografisinde sol ramus mandibulada büyük radyolüsent alanlar içeren lezyon saptandı. KIBT

görüntüsünde lezyonun 24×40×7mm (SI-MD-BL) boyutlarında olduğu belirlendi. Asemptomatik ve iyi sınırlı lezyonun lingual kemikte ekspansiyon yaptığı ve 38 nolu dişin mandibulanın alt kenarına doğru yer değiştirdiği görüldü. Yapılan insizyonel biyopsi sonucu keratokist olduğu tespit edildi.

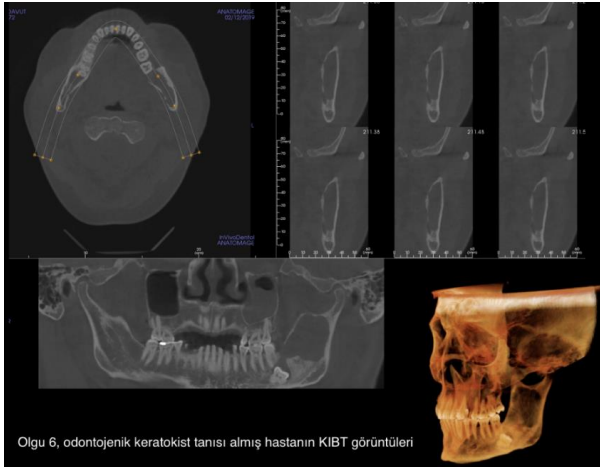
OLGU 6

42 yaşında erkek hasta, yüzünün sol tarafında ağrı şikâyeti ile bölümümüze başvurdu. Son 2 hafta boyunca aynı bölgedeki şişlik için antibiyotik kullandığını bildirdi. Sistemik hastalığı ve ekstraoral bulgusu olmayan hastadan alınan panoramik radyografide mandibula sol tarafta üçüncü molar ile ilişkili geniş ve iyi sınırlı multiloküler radyolüsent lezyon tespit edildi. CBCT görüntüsünde lezyonun 3.molar dişi içine alarak mandibular ramusun tamamını kaplayarak 37 numaralı dişin distal kökünde rezorbsiyon yaptığı tespit edilen lezyonun 62×33×12 mm (SI-MD-BL) boyutlarında olduğu belirlendi. Hastanın insizyonel biyopsisi sonucunda keratokistik odontojenik tümör tanısı konuldu. (Resim 3)

OLGU 7

16 yaşında erkek hasta ortodontik tedavi amacıyla kliniğimize başvurdu. Alınan panoramik radyografisinde sol mandibulada ramusa kadar yayılan iyi sınırlı uniloküler radyolüsent lezyon görüldü.

CBCT görüntüsünde 3.molar diş ile ilişkili 49×27×16 mm (SI-MD-BL) boyutlarındaki lezyonun lingual kemikte perforasyona sebep olduğu tespit edildi (Resim 3). İnsizyonel biyopsi sonucunda keratokistik odontojenik tümör tanısı konulan hastaya marsupializasyon tedavisi planlandı.



Resim 3: Olgu 6, odontojenik keratokist tanısı almış hastanın KIBT görüntüleri

TARTIŞMA

Odontojenik tümörler mineralizasyonlu (odontoma, odontojenik mikroma) veya mineralizasyonsuz (ameloblastoma, odontojenik keratokist, dentigenöz kist, radiküler kist) olarak gruplandırılabilir. Ameloblastomalar çenenin kistik lezyonları içerisinde radiküler kistlerden sonra en sık görülen enamel organ veya çene ringinden köken alan odontojenik tümörlerdir (6). Ameloblastomalar yavaş büyüyen, kemikte lokal invazyon, ekspansiyon ve destrüksiyon yapmaya eğilimli, rekürrens oranı yüksek tümörlerdir ve çene kemiklerinde görülen lezyonların %1ini oluştururlar. Her yaşta görülebilir ancak sıklıkla 3. ve 4. dekatta görülür ki bizim vakalarımız da bunu doğrular şekildedir. Son vakamız bu yaş sınırının altındadır. En sık semptom yavaş büyüyen ağrısız şişliktir. Daha az sıklıkta dental malokluzyon, ağrı, parestezi veya anestezi görebilir. Tümör enfekte olmadıkça ya da sinir tutulumu yapmadıkça ağrı nadirdir (7). Bizim vakalarımızda da hastalar farklı şikâyetlerle kliniğimize başvurmuşlar ve patolojiler tesadüfen radyografik olarak tespit edilmiştir.

Ameloblastomanın direkt grafi bulguları tümörün tipine göre değişkenlik gösterir. Kistik ya da solid yapıda, uniloküler veya multiloküler görünümde veya periferik ekspansil lezyon olarak izlenebilirler (1).

Direk grafiler lezyonun net sınırları çevre yapıyla ilişkisi ve varsa yumuşak doku invazyonlarını göstermede yetersiz kalır. Tartıştığımız vakalarımızda da uniloküler, hipodens görüntüde, kemikte rezorpsiyon ve ekspansiyon varlığı tespit edilmiştir. Diş hekimliğinde kullanılan KIBT, düz grafilerin yetersiz kaldığı durumlarda kullanılan üç boyutlu görüntüleme cihazıdır. Rutin olarak kullanılmaz, çünkü bu tarayıcıdan radyasyona maruz kalma normal diş röntgenlerinden önemli ölçüde daha fazladır. KIBT değişken bir bilgisayarlı tomografi türüdür. X-ışını kullanılarak incelenecek bölgenin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik teşhis yöntemidir. Dental tomografi cihazı ile aksiyel, sagittal ve koronal planlardan çok sayıda kesit alınır. Daha sonra bu kesitler ileri düzey yazılımlar yolu ile yeniden dilimlenip yapılandırılarak hedeflenen bölgenin istenilen açıdan ve her yönden görüntülenebilmesi sağlanır. Lezyonun unikistik veya multistik olup olmadığını tam olarak gösterir çünkü unikistik ameloblastomlar multistik ameloblastomlara oranla daha az agresiftir (8). Ameloblastoma radyolojisinde ekspansif, sınırları sklerotik, multiloküler yapıda litik bir lezyon vardır ve tümörün ekspansiyonu lingual tarafta daha belirgindir. Bizim vakalarımızda da KIBT görüntülerinde iki vakada linguale doğru ekspansiyon, iki vakada da ekspansiyon ile birlikte lingual kemikte perforasyon tespit edildi.

Unikistik ameloblastomanın kaynağı tam olarak bilinmemekle birlikte; dentijeröz kist, odontojenik keratokist gibi odontojenik kistlerden gelişmektedir. Ackermann ve ark. desteklediği teoriye göre ise, lezyon nüks gösteren kistik bir neoplazmdir. Klinik olarak gözlenebilen enfeksiyon, kemik duvarında yıkım, perforasyon veya fistül oluşumu ve radyolojik olarak multiloküler kist görünümü nüks şansını yükseltmekte ancak kistin lokalizasyonunun rekürrens oranına etki etmediğini bildirmişlerdir (4).

Keratokistik odontojenik tümörler dental lamina artıklarından veya mine organı gibi primordial

dokulardan köken aldığı düşünülen spesifik histopatolojik özellikleri olan, yüksek rekürrens oranı gösteren agresif patolojik oluşumlardır. En sık mandibular namus bölgesine yerleşirler. Radyografik olarak iyi sınırlı radyolüsent lezyonlardır (5). Uniloküler tip ameloblastoma klinik ve radyolojik olarak dentigeröz kist, primordiyal kist ve radiküler kistlere benzer görüntüdedir, kolaylıkla karıştırılabilir. Bizim vakalarımızın da beş tanesinin patoloji sonucu odontojenik keratokist olarak tespit edildi. Bu nedenle teşhis mutlaka mikroskopik olarak doğrulanmalıdır.

Ameloblastomalar tipik radyolojik görünümü çok odaklı sabun köpüğü veya bal peteği şeklinde olan radyolüsent lezyonlardır. Bu radyolojik görünüm santral dev hücreli granülom, miksoma, odontojenik keratokistte de izlenebildiği gibi kuvvetle ameloblastomayı destekler (3). Ameloblastomalar ve keratokistik odontojenik tümörler çenenin başlıca odontojenik tümörleridir ve sürmemiş dişlerle ilişkilidir. İkiside agresif ve nepoplastik gelişim gösterip nüks eğilimindedir. Ameloblastomalar kortikal kemiği rezorbe ederek medullar boşlukta infiltrasyon yoluyla yavaşça yayılırlar. Keratokistlerin ekspansiyonu genel olarak ameloblastomalardan daha azdır, fakat bazı olgularda büyük ekspansiyonlar ve perforasyonlar gösterirler. Ameloblastomalarda kistik kavitenin içinde genellikle koloidal madde ile ilişkili hafif proteinli sıvı vardır. Keratokistik odontojenik tümörlerde daha düşük konsantrasyonda protein bulunur. Bu nedenle genellikle keratokistik odontojenik tümörlerin BT görüntüsündeki densite ameloblastomalardan daha azdır (9). Ameloblastoma her ne kadar benign olarak kabul edilse de metastaz gösteren tipleri de mevcuttur, bunlar ameloblastik karsinom ya da malign ameloblastoma olarak adlandırılmaktadır. Prognozu kötüdür. Sıklıkla akciğere metastaz yaptığı bildirilmiştir. Daha az olarak plevra, dalak, böbrek, kalp, kafatası, vertebra, beyin ve lenf nodlarına metastaz bildirilmiştir^[6]. Bizim tartıştığımız hastalara metastatik yönden tarama yapılmamıştır. Tümör

trabeküler kemikte rezorpsiyon yapmadan kemik iliğinde psödopodlar oluşturarak yayılır. Bunun sonucunda sınırları radyografide ve cerrahi operasyon sırasında açıkça görülemediğinden sıklıkla tekrarlama eğilimindedir. Radyografide tümörün septalı görünmesi bölümlü olarak ayrılmasından değil, kortikal kemikteki kademeli rezorpsiyondan kaynaklanır. Ameloblastomanın yavaş büyümesi nedeniyle cerrahi işlemde yıllar sonra bile rekürrens görülebilir. Yetersiz tedavi sonucunda malign forma dönüşebilir. Ameloblastomanın tedavisi tartışmalıdır. Hastanın yaşı, genel sağlık durumu, tümörün klinik ve radyolojik varyantı, anatomik yerleşimine göre tedavinin seyri değişebilir. Tedavi geniş rezeksiyonlar, küretaj ve enükleasyonlarla yapılmaktadır (1). Bizim takibini yaptığımız vakalarımızdan bir tanesine rezeksiyon uygulandı. Genç yaşta hastamıza ise marsupializasyon tedavisi planlandı.

Odontojenik keratokist (OKK) tedavisi için birçok tedavi yöntemi sunulmaktadır. Tanımlanan bu tedavi yöntemleri arasında nüksü önlemede en etkin yöntem rezeksiyon olarak görülmektedir. OKK sadece basit enükleasyon yapıldığında %17-56 arasında nüks oranına sahip benign bir hastalıktır. Kist epiteli parçalanmadan tek parça halinde enükle edildiğinde nüks oranının %18 olduğu rapor edilmiştir. Bu kistlerin tedavisi enükleasyon, marsupyalizasyon, dekompresyon, rezeksiyon veya küretajdır (10,11).

Histopatolojik olarak ameloblastoma kesin tanısı alan iki hastamıza cerrahi eksizyon yapıldı ve hastalar halen altı aylık rutin takiplere davet edilerek kontrol altındadırlar. Odontojenik keratokist tanısı alan hastalara Ağız, diş ve çene cerrahları tarafından enükleasyon ve marsupyalizasyon uygulandı ve hastalar takip altındadır.

Uniloküler tip ameloblastomanın klinik ve radyolojik görünümü diğer uniloküler radyolüsent lezyonlarla örn. dentigeröz, radiküler, primordiyal kistler vb. karıştırılabileceği için teşhis mutlaka mikroskopik olarak doğrulanmalıdır.

KIBT ile tümörün ekspansil karakteri, iç ve dış mandibuler korteksin korunup korunmadığı, kitlenin infratemporal fossaya, ağız tabanı ve komşu yumuşak dokulara uzanıp uzanmadığı tespit edilir. Nüksü en aza indirmek için en ideal yöntem; tedaviye başlanmadan önce tüm kistlerden veya geniş radyolusent görüntülü alanlardan örnek alıp histopatolojik incelemenin yapılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Gümgüm S, Hoşgören B. Clinical and radiologic behaviour of ameloblastoma in 4 cases. J Can Dent Assoc. 2005; 71(7):481-484.
2. Cohen M, Hertzanu Y, Mendelsohn D. Computed tomography in the diagnosis and treatment of mandibular ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg. 1985;43(10):796-801.
3. Özışıkçılar B, Arslan İB, Oskay D, Bayol Ü. Ameloblastoma (İki olgu). SSK Tepecik Hast Derg. 2003;13(1):47-52.
4. Aral İL, Öztürk M, Şimşek B, Yılmaz D. Odontojenik keratokist (olgu bildirimi). Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 1998;1(2):129-131.
5. Duman ŞB, Yaşa Y, Ocak A. Keratokistik odontojenik tümör: Panoramik, tomografik ve ultrasonografik değerlendirme. EÜ Diş Hek Fak Derg. 2015;36(1):52-55.
6. Erdoğan B, Büyükkaya R, Büyükkaya A, Yazgan Ö, Yazgan S, Yazıcı B. Genç yaşta görülen mandibular ameloblastoma. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;11(3):51-53.
7. Becelli R, Carboni A, Cerulli G, Perugini M, Iannetti G. Mandibular ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. Journal of Craniofacial Surgery. 2002;13(3):395-400.
8. 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(3):225-230.
9. Y Arijji, M Morita, A Katsumata, Y Sugita, M Naitoh, M Goto et al. Imaging features contributing to the diagnosis of ameloblastomas and keratocystic odontogenic tumours: logistic regression analysis. Dentomaxillofac Radiol. 2011;40(3):133-140.
10. Blanas N, Freund B, Schwartz M, Furst IM. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2000;90(5):553-558.
11. McClary AC, West RB, McClary AC, Pollack JR, Fischbein NJ, Holsinger CF et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(7):1649-1661.