

Mandibular ameloblastom: BT ve MRG bulguları

Murat Akfırat, Mutlu Cihangirođlu, İrfan Kaygusuz, Zülkif Bozgeyik

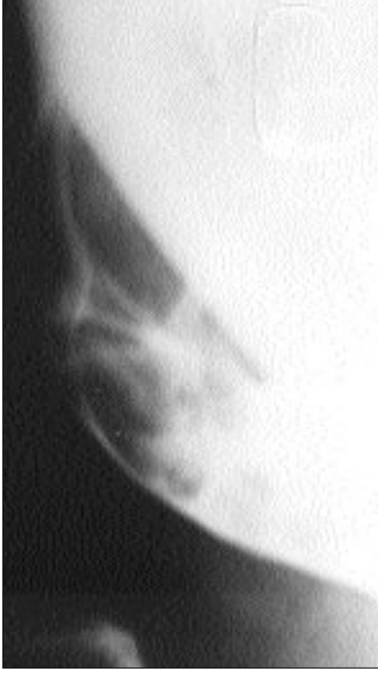
M. Akfırat (E), M. Cihangirođlu, Z. Bozgeyik
Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Radyoloji Anabilim Dalı

İ. Kaygusuz
Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Kulak Burun Boğaz
Anabilim Dalı

Genellikle benign özelliklerde ve epitelyal elementler içeren ameloblastom, daha çok mandibulada lokalize olan bir odontojenik tümördür (1). Kadın erkek oranı eşit olup her yaşta rastlanabilmekle birlikte 30 yaşın üzerinde daha sık görülür. Lezyonları değişik boyutlarda olabilir. Histopatolojik olarak tanısı doğrulanmış, lokal agresif özellikleri belirgin, mandibulada lokalize bu tümörün, alışılage-len direkt radyografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları yanında, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları literatürde tanımlanan bulguları ile tartışılmıştır.

Olgu bildirisi

Kırkbir yaşındaki kadın hastada 11 yıl önce mandibulanın sol yarısındaki bölgede diş çekimi sonrası oluştuğu ifade edilen ağrısız şişliğe, 2 yıl kadar sonra kemik kisti ön tanısı ile cerrahi rezeksiyon uygulanmıştır. Olgunun, son 4 ayda aynı lokalizasyonda hızlı büyüyen kitle oluşması üzerine alınan direkt grafilerinde mandibulanın sol ramusuna lokalize kortikal yüzlerde ekspansiyona yol açan septasyonlar içeren multiloküle litik lezyon (Resim 1) saptanmıştır. BT incelemesinde; intratrabeküler septal formasyon gösteren, koronal plan kesitlerinde kortikal incelme ve destrüksiyon yapan ve kısmen çevre yumuşak dokuya uzanım gösteren, ancak fasiyal ve cilt altı yağ planlarında invazyonun izlenmediği ekspansil kemik kitlesi tanımlanmıştır (Resim 2). Olgunun yaşı, anamnezi ve lezyonun lokalizasyonu göz önüne alındığında öncelikle ameloblastom düşünülmüştür. Kemik iliği ile çevre yumuşak dokuların daha iyi değerlendirilmesi için multi planar MRG önerilmiştir. T1 ağırlıklı aksiyal MRG kesitlerinde, içerisinde noktasal hiperintensiteler bulunduran kas dokusuna göre belirgin hipointens (Resim 3), T2 ağırlıklı kesitlerde ise irregüler septal formasyonların eşlik ettiği belirgin hiperintens kitle izlenmiştir (Resim 4). Kontrastlı T1 ağırlıklı MRG görüntülerinde ise masseter kasının kaudalının de etkilendiği yumuşak doku tutulumuyla birlikte mandibula korpusu düzeyinde ekspansil kitlerde heterojen kontrast artımı görülmüştür (Resim 5). Parotis bezine invazyon saptanmamıştır. İpsilateral hyoid üstü kas grubunda patolojik kontrast tutulumu izlenmemiştir. Operasyon sonrası histopatolojik tanı ameloblastom olarak belirtilmiştir (Resim 6).



Resim 1. Olgunun ağız açık pozisyonda elde edilmiş yumuşak doz direkt grafisinde kabarcık benzeri (bubble-like) görünümü.



Resim 2. A, B. Koronal plan, yumuşak doku ve kemik pencere kesitlerinde izlenen sol mandibular lokalizasyondaki ekspansil ve septalı kitle lezyonu.

Tartışma

Çene lezyonları kistik ve sklerotik olarak iki grupta incelenir. Ameloblastomlar çenenin kistik lezyonları içerisinde radiküler kistlerden sonra 2. sıklıkta görülen enamel organ veya çene ringinden köken alan odontojenik tümörlerdir (2). Ancak çenedeki tümör ve kistlerin %1'ini oluştururlar. Bu tümörler kapsülsüz olup zaman zaman lokal invaziv özellikler gösterirler (3). Nadiren dentijinöz kistin epitelial hattından gelişebilirler, bu da

mural ameloblastom olarak sınıflandırılır (4,5).

Bizim olgumuzda da olduğu gibi ameloblastomlar %80 mandibula lokalizasyonludur. Olguların %70'inde mandibular molar bölge tutulur. Kalan %20 olguda tutulum yeri maksiller bölgedir (1,2,6). Yine olguların %20'sinde diş çektirme öyküsü bulunur. En yaygın semptom ağrısız yavaş büyüyen kitledir (6). 1 cm ve daha küçük boyuttakiler basit kemik kisti ile karışabileceği gibi, büyük boyutlara ula-

şan lokal agresif özellikler gösteren tipler şeklinde de karşımıza çıkabilirler (2,7). Tümör enfekte olmadıkça ya da sinir tutulumu yapmadıkça ağrı nadirdir. Olgumuzda yaklaşık 9 yılda büyüyen ağrısız kitle şikayeti mevcuttu.

Eksizyon sonrası rekürrens, olguların %33 kadarında rapor edilmiştir (8). Olgumuzun önceki operasyonuna ait histopatolojik doğrulama yapılmadığı için nüks düşünülebilir. Ameloblastomlarda rekürrens ve rezeksiyon-



Resim 3. T1 ağırlıklı aksiyal plan MR görüntüsünde olağan kemik iliği intensitesinin kaybolduğu, kasa göre belirgin hipointens izlenen ekspansil kitle. Çevre yağ planlarının korunduğu daha net izlenmekte.



Resim 4. T2 ağırlıklı koronal MRG kesitinde kitleye ait yoğun sinyal artışı ve lezyon içindeki laminar septal formasyonların görünümü.



A



B

Resim 5. İVKM sonrası elde edilen T1 ağırlıklı aksiyal (**A**) ve koronal (**B**) plan görüntülerinde kitle içi intratrabeküler kompartman ve septalarda belirgin kontrast tutulumu. Çevre yumuşak dokular korunmuş izlenmekte.

dan sonra malign dejenerasyon eğilimi de vardır (1). Malignitenin göstergesi olan metastazlar nadirdir; bunlar histolojik olarak benign olmakla birlikte varlıkları tümörü malign kategoriye sokar (8).

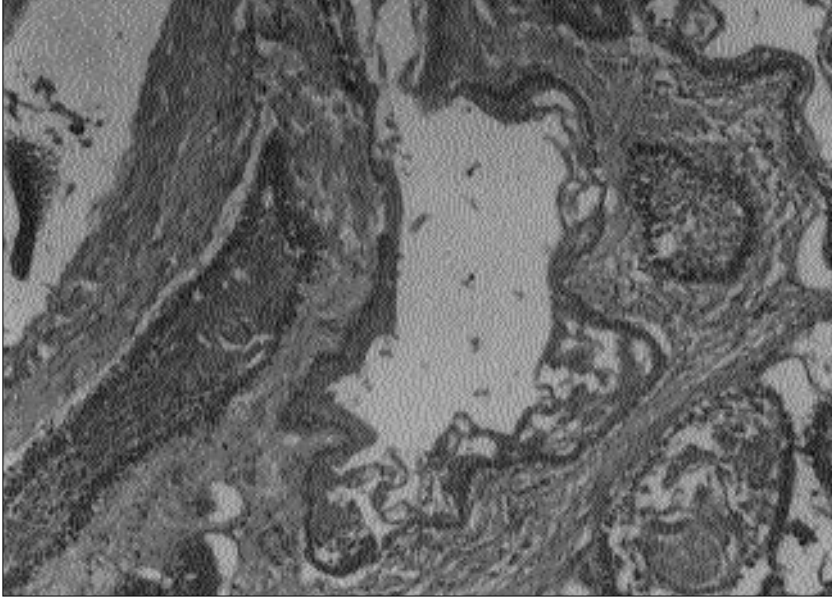
Direkt radyografilerde kenar düzensizliği ve kortikal ekspansiyon sonucu gelişen sabun köpüğü görünümü mevcuttu. Bu görünüm ameloblastom için patognomonik olmayıp benzer şekilde

odontojenik keratokist, ameloblastik fibrom, dev hücreli granülom, immatür ossifiye fibrom, plazmositom veya nadir de olsa anevrizmal kemik kisti gibi lezyonlarda da bulunabilir (9).

BT yumuşak doku kitlesini, kemikteki kortikal destrüksiyonu ve tümörün komşu yapılar içine yayılımını radyografiden daha iyi tespit eder. Ayrıca BT lezyonun unikistik veya multistik natürünü net olarak tespit ede-

bilme yönüyle önemlidir. Unikistik lezyonlar daha az ilerleme eğilimindedir (4,9). Multistik ameloblastomlar daha agresif seyirli dirler ve nüks oranları yüksektir (9).

Hertzanu ve arkadaşları 2'si multistik, 1'i unikistik olan 3 ameloblastomlu olguda özellikle BT bulgularını vurgulamışlardır (6). Çalışmalarında BT'nin, olgumuzda olduğu gibi tümör kitlesinin neden olduğu ekspansiyon,



Resim 6. Patolojik değerlendirmede, akantomatöz ve kistik komponentleri olan tümörün periferik palizataşma (periferik dizilim) ve ortada skuamöz metaplazi gösterdiği görülmektedir (Hematoxilen-Eosin X 100).

kortikal yüzlerdeki destrüktif değişiklikler ve yumuşak dokulardaki yayılımı ortaya koyması açısından son derece yararlı bilgiler sağladığını belirtmişlerdir.

Ameloblastomların BT ve MRG bulgularındaki birlikte tanımlanmasına az yer verilmiştir. Olgumuzda MRG görüntüleri lezyonun multilokülasyonunu, solid-kistik komponentini, izlenen kemik septa ile bunu çevreleyen ve diğer radyolojik yöntemlerle tespit edilemeyen fibröz septayı tespit etmeye yaradı. Alınan T1 ağırlıklı serilerde yüksek sinyal intensitesi veren odakların hemoraji veya pro-

tein içeriği olabileceği düşünüldü.

Weissman ve arkadaşları maksiller ameloblastomlu bir olguda BT ve MRG bulgularına yer vermiş ve T1

ağırlıklı serilerdeki artmış sinyal odaklarını gözlemişlerdir (3).

Minami ve arkadaşları, 11 olguluk serilerinde ise multiloküler lezyonların gadolinium sonrası belirgin kontrast tuttuğunu, ancak uniloküler ameloblastomlarda papiller projeksiyonda, duvarda ve septada zayıf kontrastlanma olduğunu saptamışlardır (9). Yine aynı çalışmada T1 ağırlıklı görüntülerde sıvı içerisindeki yüksek intensite değerlerinin nedeni anlaşılammamakla birlikte biyokimyasal çalışmalara dayandırarak kolesterol kristalleri olabileceğini düşünmüşlerdir. Olgumuz multiloküle olmasına rağmen izlenen düşük kontrast tutulumu nedeniyle farklılık göstermekteydi.

Bu tümörlerin BT ve MRG görüntüleri, diyagnostik olmamasına rağmen MRG bulguları lezyonun yaygınlığının üç boyutta değerlendirilmesi ve yumuşak doku komponentinin net olarak ortaya konması yönünden tanıya katkısı son derece önemlidir.

CASE REPORT: MANDIBULAR AMELOBLASTOMA MRI AND CT FINDINGS

Ameloblastomas are tumors having 1% prevalence among jaw tumors and containing epithelial elements. Although they have a benign nature, they occasionally also show local invasive features. Recurrence has been reported in 33% of the cases after surgical excisions. They are seen more frequently above 30 years of age. In our case, since descriptions of MRI findings are more rarely included in the literature, we aimed to present direct radiography, CT and MRI images are presented together with the results confirmed histopathologically.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:118-121

Kaynaklar

1. Appel BN, Verbin RS. Odontogenic tumors. In : Barnes EL. Surgical pathology of the head and neck. 2 nd ed. New York: Marcel Dekker. 1985; 1331-1409.
2. Dahnert W. Radiology review manuel. 2nd ed. Philedelphia: Williams & Wilkins, 1996; 127.
3. Weismann JN, Snyderman CH, Yousem SA, et all. Ameloblastoma of the maxilla: CT and MR appearance. AJNR 1993; 14:223-226.
4. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: A prognostically distinct entity. Cancer 1977; 40:2278-2285.
5. Matteson SR. Benign tumors of the jaws. In: Goas PV, White SC, eds. Oral radiology 2 nd ed. St.Louis: Mosby. 1987; 514-565.
6. Hertzanu Y, Mendelsohn DD, Cohen M. Computed tomography of mandibular ameloblastoma. J Comput Assist Tomogr 1984; 8:220-223.
7. Burgener AF, Kormano M. Differential diagnosis of lytic lesions in the Jaw. In : Burgener AF. Differential diagnosis in conventional radiology. 2 nd ed. New York: Thieme Medical Publishers, Inc. 1991; 172-173.
8. Wood NK , Goaz PW, Goldman S. Solitary cystlike radiolucencies not necessarily contacting teeth. In: Wood NK, Goaz PW, eds. Differential diagnosis of oral lesions. St.Louis: Mosby. 1985; 379-415.
9. Minami M, Kaneda T, Yamamoto H, et all. Ameloblastoma in the maxillomandibular region: MR imaging. Radiology 1992; 184:389-393.