

OLGU SUNUMU

AMELOBLASTOMA NEDENİYLE HEMİMANDİBULEKTOMİ VE TITANIUM MESH İMLANTI İLE MANDİBULAR REKONSTRÜKSİYON

HEMİMANDIBULECTOMY DUE TO AMELOBLASTOMA AND
MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH TITANIUM MESH IMPLANT

Dr. Erdal SAMİM (*), Dr. Orkun AKSOY (), Dr. Cavit ÖZERİ (*),
Dr. Hakan GÖÇMEN (*), Dr. Metin SÜRMEİ (*), Dr. Cem BAYKAN (**)**

ÖZET : *Yüzünde ve ağız içinde şişlikle Hastanemize başvuran hastanın, ameloblastoma tanısı ile çene rezeksiyonu ve titanium mesh implant ile rekonstrüksiyonunu içeren bir olgu sunulmaktadır. Sağ mandibular ramus kondil kısımlarını içeren tümör ekstraoral yaklaşımla çıkartılarak titanium mesh implant, kondü protezi ve allogreft fibula uygulanmıştır.*

Anahtar Sözcükler : *Ameloblastoma, mandibula rezeksiyonu, mandibular rekonstrüksiyon.*

SUMMARY : *A case report including mandible resection and titanium mesh implant reconstruction with ameloblastoma diagnosis of the patient who referred to our hospital with the chief complaint of swelling over her face and inside of mouth is presented. The tumor including right ramus and condylar process was removed by extraoral approach and titanium mesh implant, condyle prosthesis and allograft fibula were applied.*

Key Words : *Ameloblastoma, mandible resection, mandibular reconstruction.*

GİRİŞ

Ameloblastoma, odontojenik aparatın mine epiteline dönüşme potansiyeline sahip olan ekto-dermal epitelinden gelişen bir tümördür. Hücreler, gerçek mine oluşumu olmaksızın ameloblastik evreye erişebilir. Adamantinoma, Adamantoblastoma ve Multiloküler kist olarak isimlendirilenler varsa da, 1934'te Churchill tarafından tanımlanan Ameloblastoma terimi daha yaygın kabul görmektedir. İnfiltratif lokal büyüme ve komşu yapılan destrükte etme yeteneğine sahip olan Ameloblastoma hayatı tehdit eden tek odontojenik tümördür. Histolojik gelişimi de resmen Amerikan Oral Patoloji Akademisi tarafından kabul edilmiştir (11).

Tümör, henüz farklılaşmış olan hücrelerden veya embriyonik hücrelerden gelişebilir. Embriyonik kökeni dental lamina olmakla beraber, epitelial kalıntılardan, yüzey epitelinin bazal

hücrelerinden, heterotopik epitelden, mine organındaki genetik değişimden, diş gelişimi esnasında veya daha sonra odontojenik kist epitelindeki, çeneyi örten epitel yüzeyindeki ve diğer vücut kısımlarındaki yer değiştiren epiteldeki genetik değişiklikten kaynaklanabilir. (11-12).

Oral kavite tümörlerinin %1'ini oluşturur. Her yaşta görülebilir de, hayatın 3.-4. dekatlarında pik yapar. Genellikle yavaş büyüme eğilimindedir. Lokal belirti vermeksizin büyük boyutlara ulaşabilir. Benign kabul edilmekle beraber metastatik potansiyele sahip bir tümördür. Yıllar sonra malign ameloblastomaya veya ameloblastosarkomaya dönüşebilir. Akciğer ve lenf nodlarına metastaz sıktır (1, 2). Kafa tabanı erozyonu ve frontal lob tutulumu da rapor edilmiştir (12).

OLGU SUNUMU

L. T. 47 yaşında; kadın hasta 6 yıl önce sağ alt çenede ortaya çıkan ve son bir yılda büyüme-

(*) KBB Kliniği

(**) Ağız-Diş Sağlığı Merkezi Çene Cerrahisi
S.B Ankara Hastanesi Cebeci - ANKARA

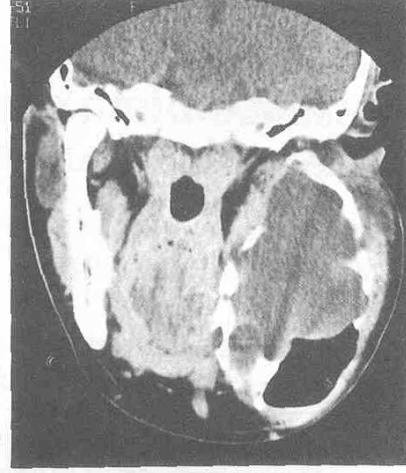
si hızlanan bir kitle yakınması ile başvurdu. Son bir yılda ipsilateral otalji ve reyonel hipoestezi yakınmaları eklenmiş. Lokal muayenede, alt çene sağ yarımını mentumdan başlayarak korpus, angulus ve ramusu da içerecek şekilde tutup genişleten, ağrısız, sert bir kitle palpe edildi. (Resim 1).



Resim 1 : Ameloblastoma

İki adet molar diş kendiliğinden düşmüş; ikinci premolar diş ise kitle nedeni ile deplase idi. TME hareketleri kısıtlı ve ağrılıydı. Oral kavite nispeten daralmış ve dil karşı tarafa itilmişti. Konvansiyonel grafilerde mandibulayı tutan kitlenin kistik yapıda olduğu anlaşılıyordu. Aspirasyon biyopsisi ile kistik yapı doğrulandı. Bilgisayarlı Tomografik incelemede; kitlenin düzgün sınırlı, 9x6 cm boyutlarında olduğu önde mentumu geçmediği arkada pterigoid kasları medialize ettiği, parafarengeal alana ve infratemporal fossaya doğru yayıldığı, kondil ve buna sekonder glenoid fossayı deforme ettiği; medialde ağız tabanına doğru genişlediği; lateralde mandibula korteksini atrofiye ettiği kemik septasyonlan olduğu geniş kistik ve solid yapıları birarada içerdiği gözlemlendi (Resim 2a-b). Tomografik bulgular ile olgu solid veya multikistik ameloblastoma (S/MA) olarak değerlendirildi.

İnsizyonel biyopsi Ameloblastom ile uyumlu olduğundan rezeksiyon ve aynı seansta rekonstrüksiyon planlandı.



Resim 2a : Koronal kesit BTde, sağ mandibulayı tutan, korteksi yer yer atrofiye ve destrükte eden multikistik kitle. Temporomandibüler fossa ve kondildeki hiperarabiyet dikkati çekmektedir.



Resim 2b : Aksiyel kesit BTde, kemik septasyonlu solid ve kistik yapıları birarada içeren kitlenin parafarengeal alanı önde doldurduğu, oral kaviteyi daralttığı gözlenmektedir.

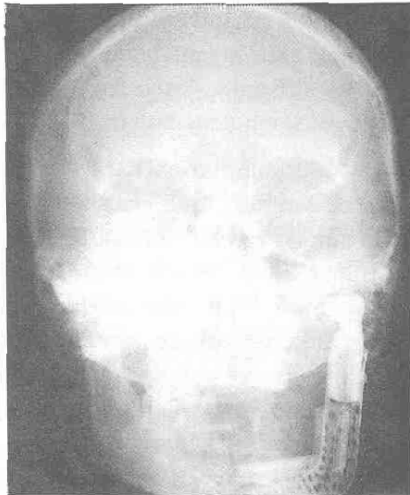
Cerrahi Yaklaşım :

Alt dudak orta hattından mentuma, mandibula çevresinden tragusa kadar uzanan cilt insizyonu, ağız tabanından retromandibüler fossaya uzanan mukoza insizyonu ile birleştirildi. Subperiostal disseksiyonla yanak flebi hazırlandı. Masseter kası, parotid gland ve fasial sinir bu flep içinde korunarak zigoma arkında askıya alındı. Orta hat mandibulotomi ile başlanarak hemimandibulektomisi tamamlandı. Titanyum mesh ve kondilden oluşan 2 parçalı protez mandibulaya vidalanarak tespit edildi. Mesh içerisine 3 ve 5 cm. lik iki adet allogreft fibula yerleşti-

rildi. Fossaya 1.25 mm. lik silastik levha sülüre edildikten sonra protez kondil yerine yerleştirildi. Üstçene ve altçene sol yarımına arch-bar ve intermaksiller fiksasyon yapıldı. Hasta nazogastrik sonda (NGS) ile beslenmeye alındı. 8. gün ağız tabanında gelişen mukozal defekt primer sütüre edildi. 6. hafta sonunda arch-bar açıldı ve NGS çıkarıldı. Mandibula hareketlerinde çok hafif kısıtlılık mevcuttu. Kontrol grafilerinde allogreft fibulanın rezorbe olmadığı izlendi (Resim 3). 3. ay sonunda parsiyel dental protez hazırlanması ve 6. ay sonunda mesh çıkarılması planlandı.



Resim 3a : Postoperatif 2. ayda çekilen konvansiyonel grafide titanyum kondilli protez görülmektedir.



Resim 3b : Yan grafide allogreft fibula kemik segmentleri gözlenmekte, protez kondil glenoid fossada yerinde olarak izlenmektedir.

Spesmenin histopatolojik inceleme sonucu Ameloblastom olarak bildirildi.

TARTIŞMA

Ameloblastoma her yaşta görülebilen bir tümördür Cinsiyet dağılımında farklılık bulunmadığı (I) veya hafif bir erkek fazlalığı bildirilmektedir (II).

Maksillaya oranla daha çok mandibulada görülür. Olguların %50 den fazlası mandibulanın molar-ramus bölgesinde görülür (1)

Genellikle sentral tipte olan tümörün nadiren de olsa periferik tipleri de rapor edilmiştir. Solid veya kistik olabilir, içinde diş bulunabilir. Her iki çenede kemik ve yüzde asimetriye yol açan ekspansiyona sebep olabilir. Yumuşak doku infiltrasyonu yaygın bir özellik değildir (3).

Ameloblastoma tanısı klinik, radyolojik ve histopatolojik incelemelere dayandırılır. Muayenede mandibula veya maksillada yerleşmiş, yüzde asimetri ve deformiteye yol açan, bazen ağrılı olabilen bir kitle ile karşılaşılır. Diş mobilitesi, oral ülserasyon veya oral hemoraji saptanabilir. Röntgen bulgularında sabit bir karakteristik işaret yoktur. Sıklıkla radyolüsent görünümünden ötürü kisti andırır. Oksipito-mental, submento-verükal, postero-anterior, oblik-lateral ve oklüzal grafiler çekilebilir (1-8). CT hem kemik ve hem de yumuşak dokuda tümörün makroskopik sınırlarını ortaya koyması açısından en değerli yöntemdir (8-12). MRI'nin metalik artefaktları önleme avantajı varsa da yumuşak olmayan dokulan ortaya koymada yetersizliği dolayısı ile CT'ye üstünlüğü yoktur. Operasyon öncesinde mutlaka 3 yönlü görüntüleme yöntemleri ile tümörün sınırları ortaya konmalıdır (12). Sabun köpüğü tarzında litik bir görünüm söz konusudur (8). Ayırıcı tanıda multiloküler kistler, giant-cell fibroma, fibrosarkoma, myxoma ve metastatik karsinoma düşünülmelidir (11).

Klinik ve radyolojik bulgular ameloblastoma düşündürüyorsa, mikroskopik inceleme için biopsi gönderilmelidir. Biopsinin insizyonel mi, yoksa eksizyonel mi yapılacağına lezyon büyüklüğü ve klinik görünümü değerlendirilerek karar verilir. Genellikle insizyonel biyopsi tercih edilir. Küçük ve uniloküler lezyon mevcutsa eksizyonel

biyopsi yapılabilir. Eksizyonel biyopsi sonucuna göre ek bir cerrahi girişimin gerekli olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede; lezyonun çapı ve lokalizasyonu, hastanın yaşı, kortikal kemikte perforasyon ve yumuşak doku tutulumu olup olmadığı belirleyici faktörlerdir (12).

Histopatolojik incelemede konnektif doku içine yuvalanmış odonlojenik epitel saptanır. Tümör hücreleri epitelin farklılaşma derecesine bağlı değişiklikler gösterir, Epitel yoğunlaşmış, kaybolmuş veya kistik görünümde olabilir. Dış tabakada mine organının stellate retikulum'undaki hücre folikülleri ayırtdedir. Bunlar metaplaziye uğrayarak sküamöz hücrelere ve atrofik ve dejeneratif değişime gidebilir (11).

Üzerinde görüş birliği olmamasına karşın, klinik, radyolojik ve mikroskopik bulgulara dayandırılarak yapılan ve en yaygın kabul gören klasifikasyona göre ameloblastomunun 4 tipi sözkonusudur (12) :

1. Unikistik ameloblastoma (UA)
2. Solid veya multikistik ameloblastoma (S/MA)
3. Periferik ameloblastoma (PA)
4. Malignant ameloblastoma (MA)

* Unikistik ameloblastoma hemen daima mandibulada ve en sıklıkla da molar-ramus bölgesinde yerleşir. Intraluminal veya intramural ameloblastik transformasyon sözkonusudur. Genellikle çıkmamış bir dişle bağlantılı, yava büyüyen radyolüsent bir kitle sözkonusudur. En sık 3. dekatta görülür. Odontojenik kist ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

S/MA'dan daha az agresiftir. Rekürrens sadece küretaj yapılanlarda %25; enükleasyon ve küretaj yapılanlarda ise %3 bildirilmiştir (12). UA'nın varyantlarından, ameloblastik transformasyonun bazal membranı aşmadığı 1. ve 2. gruplarda agresyon, bazal membranın aşıldığı 3. gruba göre daha az bulunmuştur (12).

* S/MA intrakranial yapılar dahil komşu dokuları invaze eder. Rekürrens ve metastaz yeteneği vardır. Ameloblastomun low-grade bazaloid tümör olabileceği öne sürülmüştür. UA'ya

göre daha yaşlı kişilerde görülür. Daha çok mandibulada yerleşirse de, maksilla tutulumu UA'ya göre daha fazladır. Mikroskopik incelemede farklı paternler, hatta tek lezyon içinde bile farklı kombinasyonlar gösterebilir. Ancak tümörün davranışı mikroskopik farklılıklara bağlı görülmemektedir.

Rekürrens küretaj sonrası %83-86; enblok rezeksiyon sonrası %0-14 bildirilmiştir (12). Rekürrensin Haversian kanallarda kalmış tümör epitelinin proliferasyonuna bağlı olduğu bildirilmiştir (11).

* PA alveoler süreç mukozasında oluşur. Kemik erozyonu tümöre sekonderdir. Mikroskopik incelemede S/MA'yi andırır. %59 mandibula; %41 maksilla mukozasında yerleşir. Ortalama yaş 50 civarındadır.

* MA daha nadirdir, Agresif ve kötü prognozudur. En sıklıkla akciğere metastaz bildirilmiştir. İlk metastazdan sonra hastanın yüksek risk grubuna alınıp 3-6 ay arayla toraks CT çekilmesi önerilmektedir (9). Kafatabanı erozyonu ve frontal lob tutulumu bildirilmiştir.

Bundan başka radyolojik bulgulara dayanılarak mandibuler ameloblastoma uniloküler ve multiloküler olarak 2 gruba ayrılmış; multiloküler grupta rekürrensin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (12)

Tedavi için konservatif (küretaj veya enükleasyon + küretaj) ve radikal (marjinal rezeksiyon, segmental rezeksiyon, hemimandibulektomi vb.) cerrahi girişimler, kriocerrahi, radyoterapi, elektrodiseksiyon denenmiştir (8-11-12).

Rezeksiyonun sınırlarına karar vermek için ameloblastomunun büyüme karakteristiklerini iyi anlamış olması gerekir. İnfiltratif özelliğe sahip olan tümör kritik boyuta ulaştığında kortikal kemikte erozyon, lameller inceline ve kortikal ekspansiyon olur. Kramer mandibulanın inferior kenarına sert ve rezorbsiyona dirençli olduğunu öne sürmüştür. Bu nedenle onblok rezeksiyon yapılırken alt kenarın korunması bazı otörlerce önerilmektedir. (12), Marx ve arkadaşları radyolojik olarak belirlenen tümör sınırlarını 2,3 ile 8.0 mm aşan ameloblastoma uzanımı olduğunu göstermişlerdir. Bu nedenle rezeksiyo-

nün radyolojik sınırın 1 cm. komşuluğundaki sağlam dokuyu içerecek şekilde yapılması önerilmektedir. Macintosh güvenlik marjını 2 cm. olarak önermektedir (12).

Eğer kortikal perforasyon söz konusu ise, yumuşak doku da spesmene katılmalı ve frozen ile sağlam doku sınırına ulaşına dek rezeksiyon genişletilmelidir. Tümör tarafından sarılmış ise inferior alveoler siniri korumaya gerek yoktur. Ancak tümör ile birlikte enblok çıkarılmasından sonra sinir rekonstrüksiyonuna çalışılmalıdır (12).

Preoperatif olarak tümör değerlendirmesinin iyi yapılması önemlidir. Çünkü, Grup 1 ve 2 UA için konservatif cerrahi yeterli olabilir. Grup 3 UA ve S/MA için daha radikal davranılmalıdır.

Cerrahi girişim için maksiller ve midfasial tümörlerde Weber-Ferguson yaklaşımı, tümörün infratemporal yayılımı söz konusu ise temporal veya hemikoronar insizyon tercih edilebilir (12).

Bizim olgumuzda olduğu gibi mandibular ramus ve kondu kısımlarını içeren tümörel durumlarda operasyon planında yer alan preauriküler ve submandibüler yaklaşımlar önerilmektedir (4).

Rezeksiyonu takiben yapılacak rekonstrüksiyon için en uygun zaman aynı seanstır (1-8). Rekonstrüksiyon için serbest kemik greftleri, osteomyokütanöz flepler veya revaskülarize kemik greftleri önerilmektedir (7). Oval vida çapına uygun yuva içeren AO-THORP sistemlerinin ve rijid fiksasyon kullanımının daha iyi sonuç verdiği bildirilmiştir (10). Rezeksiyonun kondili içerdiği olgularda plağa eklenen kondil protezleri geliştirilmiştir. Serbest kemik greftleri de plağa eklenebilir veya plak revaskülarize kemik greftleri için bir temel olarak kullanılabilir (5). Biz de olgumuza titanyum mesh ve kondil protez rijid fiksasyonu ile allogreft fibula uyguladık.

Protezle rekonstrüksiyon sonrası en yaygın komplikasyonlar protezin açılması ve fistül formasyonudur. Açılma sınırlı ise, lokal flepler yeterli olabilir. Aksi takdirde protez çıkartılmak zorunda kalınabilir (6).

Kriyoterapi Emmings (1971), Marciani (1977) ve Pogrel (1993) tarafından denenmiştir.

Ancak geniş bir kullanım alanı yoktur.

Radyoterapi Atkinson tarafından rekürens sonrası kullanılmış, 54 Gy ile 6 hastadan 5 tanesinde tümör çapında küçülme sağlanmıştır.

Geç rekürens dolayısı ile hastaların çok uzun süreli takibi önerilmektedir. Demeulemeester ve arkadaşları rezeksiyon ile tedavi edilen hastaları incelediklerinde tedavi başlangıcından 8-29 yıl sonra ortaya çıkan rekürenslerle karşılaşmışlardır (12). Literatürde rekürens dolayısı ile 14 yılda toplam 23 kez tedavi uygulanan hasta vardır (12).

Yazışma Adresi : Dr. Hakan GÖÇMEN
Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği
Cebeci - ANKARA

KAYNAKLAR

1. ADEKEYE E. O., OLAITAN A.A., ADEOLA D.S., Amcloblastoma : Clinical features and management of 315 from Kaduna, Nigeria. Journal of Cranio Maxillo Facial Surgery. 1993, Vol. 21. (351-355)
2. ARCHER W.H., Oral and Maxillofacial Surgery. Vol. 1. Fifth edition. W.B. Saunders Co. 1975
3. BADEN E., DDS, MD, DOYLE J., DDS, MScD, MESA M. DMD, MScD. Squamous odontogenic: tumor. Oral Surgery. Oral Med., Oral Pathol. 1993, Vol. 75 (733-738)
4. RHASKAR P.B., DMD, WHITE C. S., DMD. BAUGHMAN R.A.. DDS, MSD. Eosinophilic granuloma of the mandibular condyle. Oral Surg., Oral Med. Oral Pathol. 1993 Vol. 76 (557-560)
5. BIRT D. J. BD, GRUSS J. A-O plate mandibular reconstruction : A complication critique J. Otolaryngol. 1991. Vol. 20. (104)
6. BIRT D., GRUSS J. POLLOCK R.A., AO/ASIF plate for mandibular reconstruction in tumor surgery : Results in 20 cases. J. Otolaryngol. 1988 Vol. 17(274)
7. GARCIA A., QUINTANILLA D.S., DIOS P.D. Total mandibular replacement with a Titanium plate after mandibulectomy for osteosarcoma. J. Oral Maxillofacial surgery 1994 Vol. 52 (863-867)
8. SCHUSTERMAN M. A., MD, HARRIS S. W., MD, RAYMOND A.K., MD, GOEPFERT M., MD. Immediate free flap mandibular reconstruction : Significance of adequate surgical margins. Head & Neck May/June 1993. (204-207)
9. SHEPPARD B.C. MD, TEMECK B.K., MD, TAUBENBERGER J.K., MD, Ph. D. PASS H., I., MD, FCCP. Pulmonary metastatic disease in ameloblastoma. Chest Vol. 104-6, Dec. 1993. (1933-1935)
10. SÖDERHOLMA A.L., MD, DDS, Ph. D., HALLI-KAINEN D. MD. Ph. D. LINDQUIST C., MD, DDS, Ph.D. Long-term stability of two different mandibular bridging systems. Arch Otolaryngol. Head and Neck Surgery. Vol. 119. Sep. 1993(1031-1036)
11. THOMA K. H. and GOLDMAN H. M. oral Pathology. Fifth edition. Teh C.V. Mosby Co. 1960 (1171-1191)
12. WILLIAMS T. P., DDS. : Management of Amcloblastoma. J. Oral Maxillofacial Surgery. 1993, Vol. 51. (1064-1070)
13. WISE A., W., MD. BRIDBORD J. W., DDS. Giant Cell granuloma of the facial bones. Annals of Plastic Surgery. Vol. 30. Number 6 junc 1993. (564-568)