



OLGU SUNUMU

MAKSİLLA AMELOBLASTİK KARSİNOMU: OLGU SUNUMU<sup>+</sup>

MAXILLA AMELOBLASTIC CARCINOMA : CASE REPORT

Dr. Engin DURSUN\* Dr. Mehmet TURANLI\* Dr. Necmi ARSLAN\*  
Dr. Onur ÇETİN\* Dr. Selçuk ÖZKAN\*

ÖZET

*Ameloblastik karsinoma, oldukça nadir görülen odontojenik bir tümördür. Primer, rekürrent veya metastatik ameloblastomada, metastaz olsun veya olmasın histolojik olarak malignansi bulgularını bulundurmasıyla karakterizedir. Bu makalede, maksilla ameloblastik karsinomlu 51 yaşındaki bir erkek olgu sunulmuş ve tümörün güncel bilgileri tartışılmıştır. Olgunun manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi incelemelerinde muayene bulgularıyla uyumlu: sol maksiller sinüsü ve sert damak sol yarısını tutan; maksiller kemik palatinalar proseste, maksiller sinüs inferior-lateral-posterior duvarlarında ve pterigoid proseslerde destrüksiyona neden olan; pterigoid fossayı dolduran; medial pterigoid kasa ve lateral pterigoid kas anterioruna invazyon gösteren; masseter komşuluğundaki yağ dokusuna uzanan; posteriorunda sol orbital inferior duvarıyla yakın komşuluk gösteren; içerisinde molar diş bulunan, lobule konturlu, düzensiz sınırlı, yaklaşık 5.5x4x3.5 cm boyutlarında solid kitle lezyonu belirlenmiştir. Olguya sol genişletilmiş total maksillektomi operasyonu ve postoperatif radyoterapi uygulanmıştır. Olgu yakın takip edilmekte olup kısa dönemde rekürrens ve metastaz izlenmemiştir. Çene kemiklerinde kitle ile gelen olgularda, ameloblastomaya göre daha az sıklıkta izlenmesine rağmen, daha agresif cerrahi tedavi gerektirmesi, rekürrens ve metastaz özellikleri nedeniyle ameloblastik karsinoma ayrıncı tanıda düşünülmelidir.*

**Anahtar Sözcükler:** Ameloblastik karsinoma, odontojenik tümör, maksilla, cerrahi.

SUMMARY

Ameloblastic carcinoma is a very rare odontogenic tumour. Ameloblastic carcinoma tends to be used to describe those ameloblastomas in which there is evidence of malignancy in the primary, recurrent or metastatic tumor, regardless of whether or not there is metastasis. In this article, a 51 year-old male patient with maxillary ameloblastic carcinoma was presented and recent update tumor was discussed. Both magnetic resonance imaging and computerized tomography scans showed lobulated, 5.5x4x3 cm solid mass involving left maxillary sinus, hard plate with destruction of bone palatine and also pterygoid plates, pterygoid muscles, molar teeth. Left extended total maxillectomy was done and postoperatively adjuvant radiation was given. There is no recurrence or distant metastases in the short-term follow-up period. Although ameloblastic carcinoma is rarer than ameloblastoma, it should be considered in the differential diagnosis of cases with jaw mass due to its propensity to recurrence and metastases and needs aggressive surgery.

**Key Words:** Ameloblastic carcinoma, odontogenic tumour, maxilla, surgery.

\*S.B. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi K.B.B. Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği - ANKARA  
+ 26. Türk Otorinolaringoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresinde poster olarak sunulmuştur.  
Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : S.B. Onkoloji Hast. KBB Kliniği  
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 10.11.2001  
Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih : 24.12.2001  
Yazışma Adresi : Dr. Engin DURSUN, Ergin Sokak 43/5 Mebusevleri / Tandoğan 06580 ANKARA  
e-posta : cbdursun@superonline.com



## GİRİŞ

Ameloblastoma, çene kemiklerinin nadir görülen odontojenik bir tümördür. Genellikle enamel formasyonundan önceki safhada gelişimi duran, embriyojenik dişin epitelial komponentlerinden gelişir (1,11). Çenedeki tüm kist ve tümörlerin %1'ini oluşturur (1). Yaklaşık %80 oranında mandibulada, %20 maksillada görülür (11). Ameloblastomalarda malign değişiklikler nadiren görülür ve değişik histolojik ve klinik davranış gösterirler (1). Bu nedenle, terminolojilerindeki arayışlar ve tartışmalar uzun yıllar devam etmiştir. Ameloblastomalardan gelişen karsinomalar için malign ameloblastoma, ameloblastik karsinoma, metastatik ameloblastoma ve primer interalveolar epidermoid karsinoma gibi terimler literatürde sıkça kullanılmıştır (3,11).

**TABLO - 1.** Odontojenik tümörlerin ilk sınıflaması [Pindborg ve arkadaşları (15)]

- A. Malign ameloblastoma
- B. Primer intraosseöz karsinoma
- C. Odontojenik kistlerden gelişenleri de içeren odontojenik epitelden gelişen diğer karsinomalar

1972 yılında Dünya Sağlık Organizasyonu (World Health Organization-WHO) tarafından, odontojenik tümörlerin ilk sınıflaması yapılmış [Pindborg ve arkadaşları (15)] (Tablo-1) ve malign ameloblastoma terimi kullanılmıştır. Bu tanımlamayla, çenedeki primer yer alan ve her hangi metastatik gelişim gösteren ameloblastoma olguları belirtilmiştir. Komşu hayati dokulara direkt invazyon yaparak hayatı tehdit eden ameloblastomalar bu sınıflamanın dışında tutulmuş; böylece malignensinin tek kriteri sanki metastazmış gibi gösterilmiştir (1). Ayrıca, malign ameloblastoma diğer primer intraosseöz karsinomlardan ayrı olarak düşünülmüştür (7).

**TABLO - 2.** İntraosseöz karsinomların sınıflaması [Elzay (6)]

- Tip 1.** Ex odontojenik kistlerden gelişen
- Tip 2.** Ex ameloblastomadan gelişen
  - A. Malign ameloblastoma (iyi diferansiye)
  - B. Ameloblastik karsinoma (zayıf diferansiye)
- Tip 3.** "De nova" gelişen
  - A. non-keratlnlze
  - B. keratinize

Elzay (6) 1982 yılında çenenin intraosseöz karsinomalarının değişik bir sınıflamasını önermiştir (Tablo-2). Bu sınıflamada, malign ameloblastoma, ameloblastik karsinomadan klinik davranışından çok, histolojik özellikleri ile ayrılmıştır (6,7). Slootweg ve Müller (16) 1984 yılında bu sınıflamayı genişleterek yeni bir sınıflama bildirmişlerdir (Tablo-3). En yeni sınıflama, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1992 yılında kabul ettiği sınıflamadır [Kramer ve arkadaşları (9)](Tablo-

4).

**TABLO - 3.** Odontojenik karsinomalarının sınıflaması [Slootweg ve Müller (16)]

- Tip 1.** Primer intraosseöz karsinoma ex odontojenik kist
- Tip 2. A.** Malign Ameloblastoma
  - B. Ameloblastik Karsinoma
    - 1. "De nova"
    - 2. Ex ameloblastoma
    - 3. Ex odontojenik kist
- Tip 3.** "De nova" gelişen primer intraosseöz karsinoma
  - A. non-keratlnlze
  - B. keratinize

**TABLO - 4.** Odontojenik karsinomalarının sınıflaması [Kramer ve arkadaşları (9)]

- A. Malign Ameloblastoma
- B. Primer Intraosseöz Karsinoma
- C. Diğer odontojenik epitelial tümörlerin malign varyantları
- D. Odontojenik kistlerde malign değişiklikler

Literatürde otörlerin çoğu, malign ameloblastoma deyimi içine ameloblastomanın histolojisine bakmadan, agresif davranış gösteren veya metastaz yapan olguları katarken; diğer kısmı da, günümüzde daha çok kabul gören malign ameloblastoma ve ameloblastik karsinoma deyimlerini ayırır (3). Ameloblastik karsinoma terimi ile, primer, rekürrent veya metastatik ameloblastomada, metastaz olsun veya olmasın histolojik olarak malignensi bulgularının bulunması (3,6,8); malign ameloblastoma terimiyle de, primer ve metastatik lezyonunun her ikisinde de benign veya tipik histolojik görünümüne sahip ameloblastomaların, metastaz yaptığı durum ifade edilmektedir (3,13,14,17).

Ameloblastik karsinoma, maksillanın oldukça nadir görülen bir malign tümördür (4,8,11). Bu nedenle, klinik özellikleri iyi bilinmesine ve son bildirilen yayınlarda iyi tanımlanmasına rağmen, tanısı, histolojik sınıflaması, tedavisi ve prognozu tartışmalıdır (8).

Bu makalede, maksilla ameloblastik karsinomlu bir olgu sunulmuş ve tümörün güncel bilgileri tartışılmıştır.

## Olgu Sunumu

51 yaşında erkek olgu, üst damakta şişlik ve ağrı şikayetleri ile başka bir merkezden, ameloblastoma ön tanısıyla Nisan 2001'de kliniğimize sevk edildi. Damaktaki şişliğin bir yıl önce farkına vardığını, ağrı dışında şikayeti olmadığını belirtti. Geçen süre içerisinde bir çok defa medikal tedavi kullandığı ve Mart 2001'de damaktaki şişlikten biyopsi yapıldığı sonucunun ameloblastoma olarak rapor edildiği öğrenildi. Daha önce geçirilmiş bir cerrahi ve sistemik bir hastalık belirlenmedi.

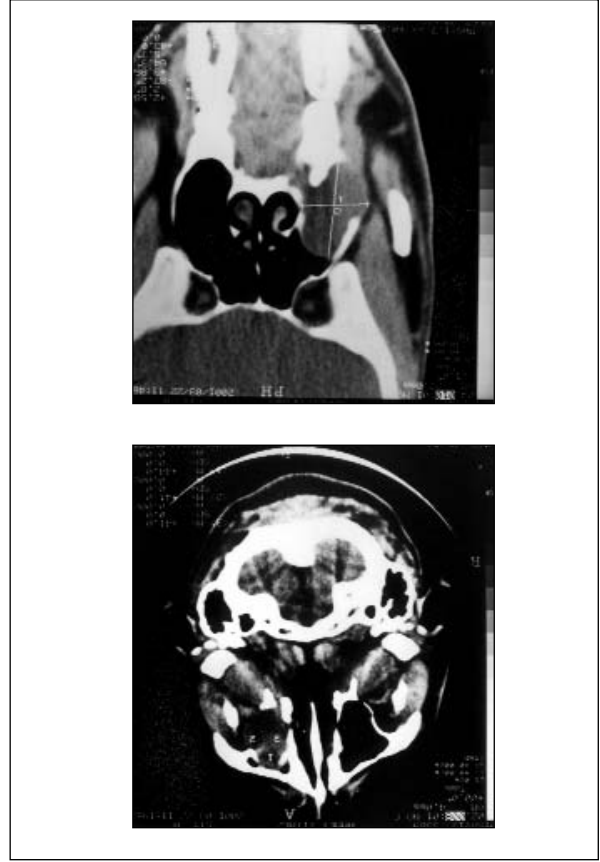


Resim-1. Ağız içinde üst damak sol tarafta 1. premolar diş hizasından başlayarak , arkada sol tonsil ön plikasına 1 cm yakınlığa ve medialde damak orta hattına kadar uzanan mukozadan yaklaşık 1,5 cm kabarıklık, palpasyonla sert, yaklaşık 4x3 cm boyutlarında şişlik izlenmektedir.

Fizik muayenesinde ağız içinde üst damak sol tarafta üst 1. premolar diş hizasından başlayarak, arkada sol tonsil ön plikasına 1 cm'e yakınlığa ve medialde damak orta hattına kadar uzanan, mukozadan yaklaşık 1,5 cm kabarıklık, üzeri mukozayla örtülü, palpasyonla sert, yaklaşık 4x3 cm boyutlarında şişlik izlendi (resim-1).

Olgunun bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde muayene bulgularıyla uyumlu: sol maksiller sinüsü ve sert damak sol yarısını tutan; maksiller kemik palatin-malar prosete, maksiller sinüs inferior-lateral-posterior duvarlarında ve pterigoid proseslerde destrüksiyona neden olan; pterigoid fossayı dolduran; medial pterigoid kasa ve lateral pterigoid kas anterioruna invazyon gösteren; masseter komşuluğundaki yağ dokusuna uzanan; posteriorda sol orbital inferior duvarıyla yakın komşuluk gösteren; içerisinde molar diş bulunan, lobule konturlu, düzensiz sınırlı, yaklaşık 5.5x4x3.5 cm boyutlarında solid kitle lezyonu belirlenmiştir (Resim-2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12). Kitleden yapılan biyopsi sonucu ameloblastik karsinom olarak rapor edildi (S.B. Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü, 04.04.2001-2871).

Lokal ve uzak metastaza yönelik yapılan, boyun, toraks ve kranial BT'lerinde, tüm batın ultrasonografisinde, tüm vücut kemik sintigrafisinde patolojik bulgu saptanamadı. Olguya genel anestezi altında pterigoid kasları ve pterigoid processleri de içine alacak şekilde total genişletilmiş maksillektomi operasyonu uygulandı. Olgunun patoloji spesmeninin değerlendirilmesi sonucunda da ameloblastik karsinom olarak rapor edildi (S.B. Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü, 10.05.2001 / 4202) ve cerrahi sınırlar temiz olarak belirlendi (S.B. Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü, 10.05.2001 / 4172-73-74-75-76). Olguya postoperatif radyoterapi uygulandı. Olgunun, postoperatif 4. ayda yapılan muayene ve radyolojik bulgularında rekürrens ve metastaz izlen-

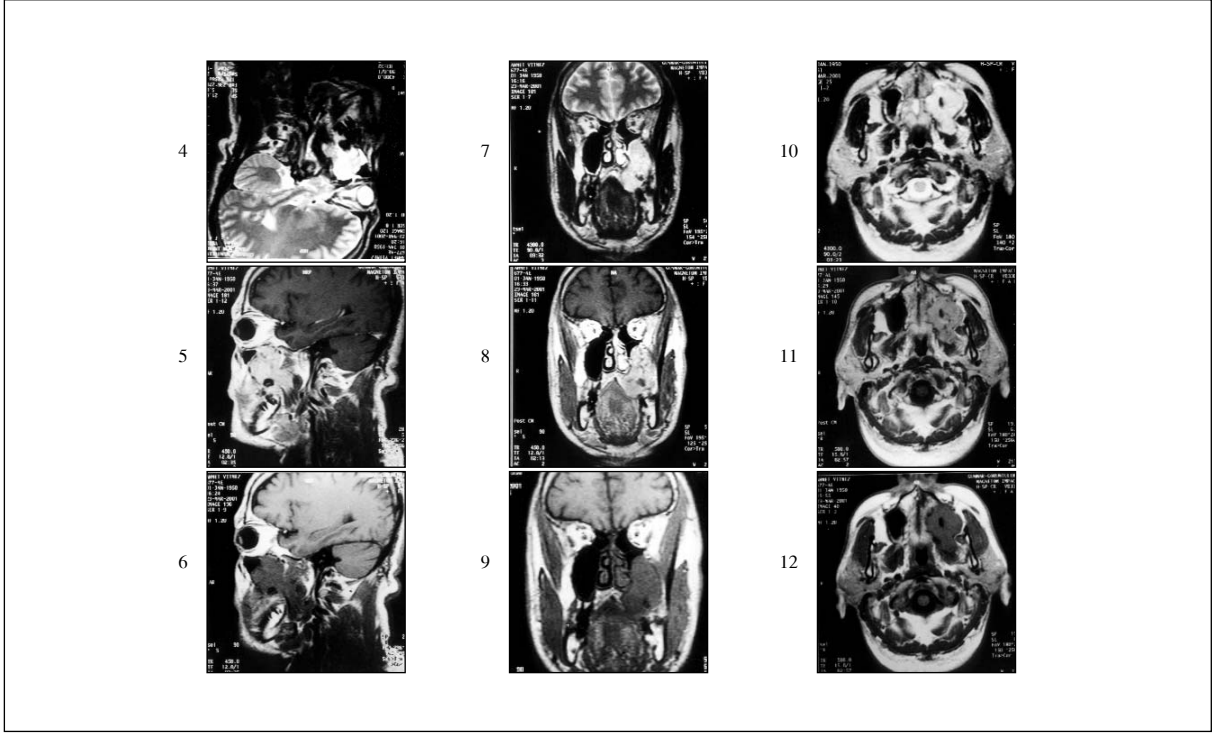


Resim-2,3. Olgunun preoperatif BT'lerinde sol set damağı ve sol maksiller sinüsü tutan, içerisinde molar diş bulunan, komşuluğundaki kemik yapılarda destrüksiyona sebep olan, pterigopalatin fossaya uzanan, pterigoid kas yapılarına invazyon gösteren lobule konturlu, heterojen dansitede yaklaşık 5.5x4 cm boyutlarında solid kitle izlenmektedir.

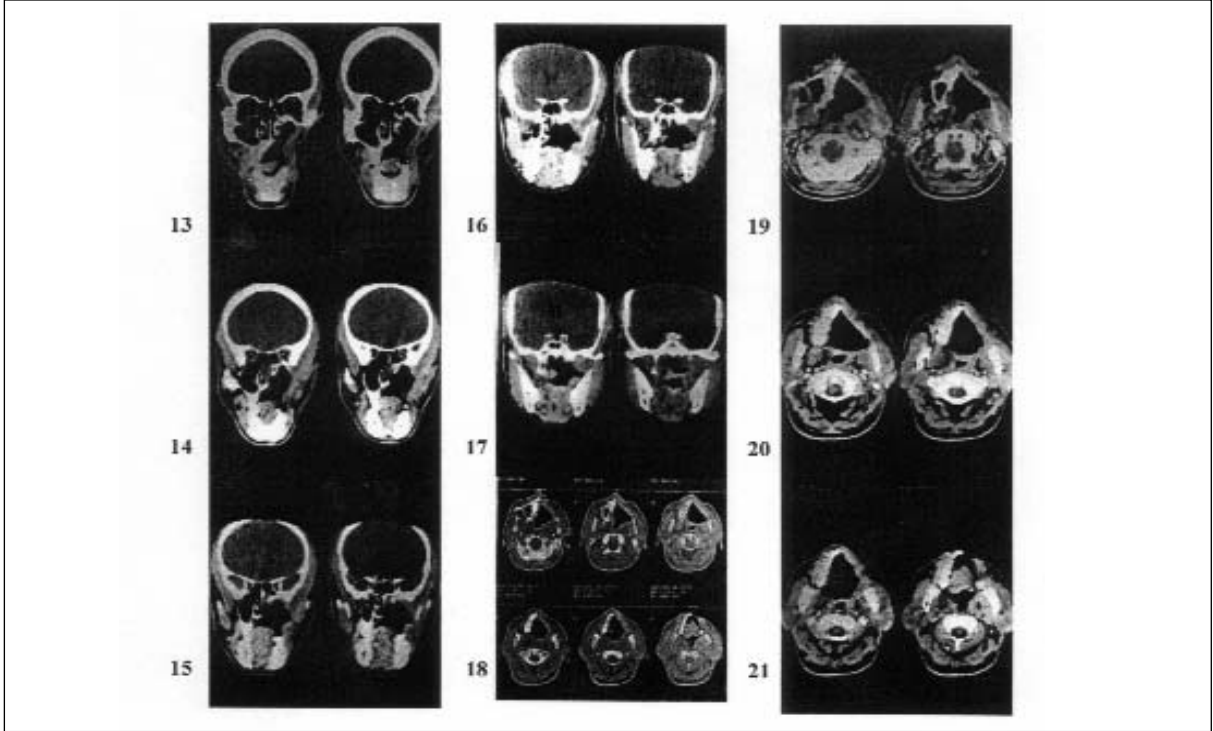
medi (Resim-13,14,15,16,17,18,19, 20,21). Postoperatif dönemde özellikle sol taraftaki çene ekleminin hareket kaybı, fizik tedavi ile ağız içine obtrator yerleştirilebilmesine olanak tanıyacak düzeye gelmiştir.

### TARTIŞMA

Ameloblastik karsinoma çene kemiklerinin nadir görülen bir tümördür (4,7,8,11). Olgular çoğunlukla mandibulada (sıklıkla posterior kısmında), nadiren maksillada izlenir (3,5,7,8,11,13,16). Slootweg ve Müller (16), 15 olguluk serilerinde oranı 14:1, Corio ve arkadaşları (3) 8 olguluk serilerinde oranı 7:1 olarak belirtmişlerdir. Nagai ve arkadaşları (13), literatürde odontojenik karsinom olarak belirlenmiş olguları Slootweg ve Müller'in sınıflamasında göre tekrar değerlendirmişler, 46 lezyonu AK olarak kabul etmişler ve oranı 4:1 olarak vermişlerdir. Lolachi ve arkadaşları (11), 1995 yılına kadar İngiliz literatüründe 34 ameloblastik karsinom olgusu olduğunu, bu olguların da yalnızca 11 tanesinin maksillada yerleşim gösterdiğini belirtmişlerdir. Literatürdeki maksilla AK olgularının hemen hemen hepsi, bu makalede



Resim-4,5,6,7,8,9,10,11,12. Olgunun preoperatif MRG'lerinde sol maksiller sinüsü ve sert damak sol yarısını tutan; maksiller kemik palatin-malar proseste, maksiller sinüs inferior-lateral-posterior duvarlarında ve pterigoid proseslerde destrüksiyona neden olan; pterigoid fossayı dolduran; medial pterigoid kas ve lateral pterigoid kas anterioruna invazyon gösteren; masseter komşuluğundaki yağ dokusuna uzanan; posteriorda sol orbital inferior duvarında yakın komşuluk gösteren; içerisinde molar diş bulunan, lobule konturlu, düzensiz sınırlı, yaklaşık 5.5x4x3.5 cm boyutlarında solid kitle izlenmektedir.



Resim-13,14,15,16,17,18,19,20,21. Olgunun postoperatif 4. ayda çekilen BT'lerinde operasyona sekonder doku kaybı mevcut olup, rezidü, nüks ve metastaz izlenmemektedir



de olduğu gibi olgu sunumu şeklindedir (1,8,10-12).

AK her yaşta görülebilen, fakat genellikle üçüncü ve dördüncü dekatta da sık izlenen bir neoplazmadır (3,6-8,11,12). Her iki cinste de eşit oranda görülebilmektedir (3,7,8,11).

Maksillanın AK'ü tanıda yardımcı erken bir semptom vermez (8). En sık izlenen semptom ve bulgular, çenede şişlik, ağrı, hızlı büyüme, infraorbital bölgede uyuşukluk, trismus, disfoni ve damakta fistüldür (3,8,10,11). Olgumuzda da, damakta şişlik, ağrı şikayetleri mevcuttu.

Konvansiyonel radyografilerde ameloblastomlardaki benzer zayıf radiolusent bölge izlenir, fakat klasik ameloblastomlarda izlenmeyen distrofik mineralizasyon bölgeleri nedeniyle, radioopak bölgeler dağılır (2). Tümörün agresif yapısı ve cerrahi tedavinin planlanmasında bilgisayarlı tomografi (BT) esastır. Kortikal kemik yapıların ve komşu yumuşak dokuların değerlendirilmesinde, nazal ve orbital fossaya yayılımın ve servikal lenf nodlarının belirlenmesinde BT oldukça yararlıdır (8). Yumuşak dokuların değerlendirilmesinde MRG'nin üstünlüğü düşünülürse, olgumuzda olduğu gibi BT ve MRG'nin preoperatif birlikte değerlendirilmesinin kitlenin natürü ve komşu dokularla ilişkisi hakkında daha kesin bilgiler verdiği inancındayız.

AK'un tedavisi, uzun süreli takiplerin yapıldığı olgu sayısının azlığı nedeniyle tartışmalıdır (7,11). Yine de AK'ün yüksek agresif özelliği nedeniyle, temiz cerrahi sınırlar elde edecek radikal cerrahi tercih edilen yaklaşımdır (2,8,11). Enüklasyon veya konservatif cerrahiler terkedilmiştir (8). Selektif veya radikal boyun diseksiyonu cerrahi tedaviye eklenebilir (2,7). Tek başına radyoterapi sınırlı değere sahiptir (1,2). Komşu yumuşak ve kemik dokulara yayılmış cerrahi düşünülmeyen olgularda palyatif amaçla uygulanabilir. Genellikle cerrahi sonrası adjuvan olarak uygulanmaktadır (8). Ayrıca tümörün büyümesini engelleme veya boyutlarının kü-

çülmesine etkisi olabileceği için, radikal bir cerrahi öncesi de uygulanabilmektedir (1,7). Kemoterapinin tedavideki etkinliği henüz tam olarak ortaya koyulamamıştır (2). Olgumuzda geniş cerrahi rezeksiyon ve postoperatif radyoterapi uygulanmış, patolojik boyutlarda belirlenebilen servikal lenf nodu olmaması nedeniyle boyun diseksiyonu cerrahi tedaviye eklenmemiştir.

AK'lu olgularda sürvi nüks ve lokal ve uzak metastazların (özellikle boyun ve akciğer) görülme olasılığı nedeniyle uzun süreli takiplerle değerlendirilmelidir (3,5,7,10,16). Genel olarak maksilla AK'lu olgularda, maksillanın kemik yapısının karakteristik özelliği ve komşu yapılarla ilişkisi nedeniyle, prognozun yüz güldürücü olmadığı düşünülmektedir. Kısa sürede ciddi destrüksiyonlar ve komşu yapılara geniş yayılımlar izlenebilmektedir (8,10).

Primer intra-alveolar epidermoid karsinomadan, klasik ameloblastomalardan, odontojenik kistten gelişen yassı hücreli karsinomadan, squamous odontojenik tümörlerden, kalıfıye epitelial odontojenik tümörden, metastatik tükürük bezi tümörlerinden (pseudoadamantin adenokarsinoma, duktal karsinoma, yüksek gradeli mukoepidermoid karsinoma), akciğer, göğüs ve gastrointestinal trakt metastatik karsinomalarından ayırıcı tanısı yapılmalıdır (3,7).

## SONUÇ

Çene kemiklerinde kitle ile gelen olgularda, ameloblastomaya göre daha az sıklıkta izlenmesine rağmen, daha agresif cerrahi tedavi gerektirmesi, rekürrens ve metastaz özellikleri nedeniyle ameloblastik karsinoma ayırıcı tanıda düşünülmesi ve olguların tedavi sonrası uzun süreli ve yakın takibi de gereklidir.

**KAYNAKLAR**

1. ANDERSEN E, BANG G. Ameloblastic carcinoma of the maxilla. A case report. *J Maxillofac Surg*, 14:338-340, 1986.
2. BRUCE RA, JACKSON IT. Ameloblastic carcinoma. Report of an aggressive case and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*, 19:267-271, 1991.
3. CORIO RL, GOLDBLATT LI, EDWARDS PA, HARTMAN KS. Ameloblastic carcinoma: a clinicopathologic study and assessment of eight cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 64:570-576, 1987.
4. COX DP, MULLER S, CARLSON GW, MURRAY D. Ameloblastic carcinoma ex ameloblastoma of the mandible with malignancy-associated hypercalcemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 90:716-722, 2000.
5. DORNER L, SEAR AJ, SMITH GT. A case of ameloblastic carcinoma with pulmonary metastases. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 26:503-510, 1988.
6. ELZAY RP. Primary intraosseous carcinoma of the jaws. Review and update of odontogenic carcinomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 54:299-303, 1982.
7. GANDY SR, KELLER EE, UNNI KK. Ameloblastic carcinoma: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 50:1097-1102, 1992.
8. INFANTE-COSSIO P, HERNANDEZ-GUISADO JM, FERNANDEZ-MACHIN P, GARCIA-PERLA A, ROLLON-MAYORDOMO A, GUTIERREZ-PEREZ JL. Ameloblastic carcinoma of the maxilla: a report of 3 cases. *J Craniomaxillofac Surg*, 26:159-162, 1998.
9. KRAMER IRH, PINDBORG JJ, SHEAR M. Histological typing of odontogenic tumors. In: *International Histologic Classification of Tumors*, Springer-Verlag, Berlin, pp:1-42, 1992.
10. LEE L, MAXYMIW WG, WOOD RE. Ameloblastic carcinoma of the maxilla metastatic to the mandible. Case report. *J Craniomaxillofac Surg*, 18:247-250, 1990.
11. LOLACHI CM, MADAN SK, JACOBS JR. Ameloblastic carcinoma of the maxilla. *J Laryngol Otol*, 109:1019-1022, 1995.
12. MCCLATCHEY KD, SULLIVAN MJ, PAUGH DR. Peripheral ameloblastic carcinoma: a case report of a rare neoplasm. *J Otolaryngol*, 18:109-111, 1989.
13. NAGAI N, TAKESHITA H, NAGATSUKA, H, INOUE M, NISHIJIMA K, NOJIMA T, YAMASAKI M, HOH C. Ameloblastic carcinoma: case report and review. *J Oral Pathol Med*, 20:460-463, 1991.
14. PHILLIPS SD, CORIO RL, BREM H, MATTOX D. Ameloblastoma of the mandible with intracranial metastasis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 118:861-863, 1992.
15. PINDBORG JJ, KRAMER IRH, TORLONI H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. World Health Organization, Geneva, pp:35-36, 1972.
16. SLOOTWEG PJ, MULLER H. Malignant ameloblastoma or ameloblastic carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 57:168-176, 1984.
17. UEDA M, KANEDA T, IMAIZUMI M, ABE T. Mandibular ameloblastoma with metastasis to the lungs and lymph nodes: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, 47:623-628, 1989.