

# AMELOBLASTİK FİBROMA: İKİ OLGU SUNUMU

## *Ameloblastic Fibroma: Report Of Two Cases*

Alper TAŞKALDIRAN\*  
İsmail Doruk KOÇYİĞİT\*  
Umut TEKİN\*

Mürüde YAZAN\*  
Fethi ATIL\*  
Hakan H. TÜZ\*

Önder BOZDOĞAN\*

### ÖZET

*Ameloblastik fibroma epitelyal ve ektomezenşimal komponentler içeren, genellikle 2. dekatta görülen ve nadir karşılaşılan benign bir odontojenik tümördür. Bu makalede 14 yaşındaki erkek ve 20 yaşındaki bayan hastada mandibular posterior bölgede rutin dental kontroller sırasında farkedilen lezyonlar konservatif enükleasyon ile çıkarılmış olup, hastalar nüks açısından düzenli takibe alınmıştır. Bu vaka raporunda ameloblastik fibroma olgusu, klinik, radyografik ve histopatolojik olarak anlatılmakta, ayrıca nüks ihtimali ve tedavi protokolü arasındaki ilişki literatür bilgisi altında tartışılmaktadır.*

*Anahtar Kelimeler: Ameloblastik, fibroma, rekürens, odontojenik, , konservatif*

### ABSTRACT

*Ameloblastic fibroma is a rare odontogenic tumor which contains epithelial and ectomesenchymal components and it usually occurs in the first 2 decades. We reported two cases of ameloblastic fibroma that were seen in the mandibular posterior region of 14-year-old boy and 20-year-old girl. Lesions were diagnosed by routine examination and treated with conservative enucleation. Also the patients has still continued to be followed-up closely due to recurrence risk. In this report clinical, radiographical, histopathologic features of the*

*lesions and the relationship between treatment protocol and recurrence risk are also discussed using the literature knowledge.*

*Key words: Ameloblastic, fibroma, recurrence, odontogenic, conservative*

### GİRİŞ

Ameloblastik fibroma, 1891 yılında Kruse tarafından epitelden ve mezenşimal hücrelerden kaynaklanan benign odontojenik tümör olarak tanımlanmıştır (1,2,3,4). Çenelerde meydana gelen tümörler içerisindeki insidansı %1.5-4.5 arasında değişmektedir. Genellikle 2. dekatta karışık dişlenme dönemindeki genç bireylerde görülmektedir (5-9). Lezyona en fazla mandibula posterior bölgede rastlanır. Sıklıkla gömülü bir dişle birlikte görülen bir tümördür ve genellikle ilişkili olduğu dişin erüpsiyonunda gecikmeye neden olur. Ameloblastik fibroma semptomsuz yayılabilse de bazı vakalarda lezyonla birlikte klinik olarak ekspansiyon gözlenebilir. Lezyonun asemptomatik karakterinden dolayı sıklıkla radyolojik muayenede teşhis edilmektedir. Uniloküler lezyonlar asemptomatik olmasına rağmen multiloküler lezyonlarda şişlik ve ağrı görülebilir. Ameloblastik fibromanın nüks oranının düşük

\* Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

olmasından dolayı, genişlemiş lezyonların tedavisinde radikal yöntemler daha çok tercih edilse de enükleasyon ve küretaj gibi konservatif yöntemler sıkça uygulanmaktadır (4,5,8,9). Her iki durumda da hastaların uzun dönem takibi nüks olasılığı göze alınarak önerilmektedir.

Bu iki vakayı içeren raporda mandibula posterior bölgede gömülü ikinci premolar dişlerin kronları etrafında lokalize ameloblastik fibroma olguları, cerrahi tedavileri, takipleri, histolojik doğaları aktarılacaktır. Ayrıca güncel tedavi yöntemleri literatür desteği altında tartışılacaktır.

### OLGU SUNUMU 1

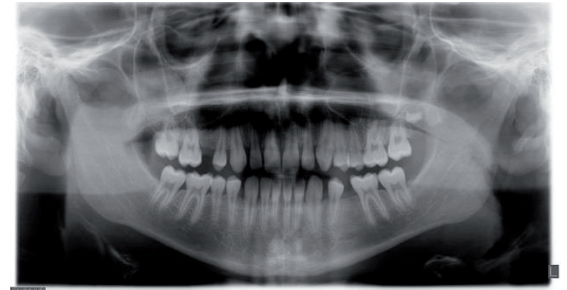
Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine rutin dental kontrollerini yaptırmak için başvuran 14 yaşındaki erkek hastanın yapılan radyolojik muayenesinde 35 nolu gömülü dişin kronu etrafında, düzenli sklerotik sınırları olan uniloküler radyolüsent lezyon teşhis edildi (Resim 1). Hastanın yapılan klinik muayenesinde ve alınan anamnezde şişlik yada ağrı gibi semptomlar gözlenmedi. Lezyona komşu dişler yapılan vitalite testleri ile vital bulundu. Lezyonun gömülü premolar dişi ile birlikte lokal anestezi altında enükleasyonuna karar verildi. Hasta tüm cerrahi hazırlıkları takiben lokal anestezi altında operasyona alındı. Birinci premolar diş mezialinden 1. molar diş distaline kadar uzanan sulkuler insizyon, 1. premolar diş mezialinden ve 1. molar diş distalinden indirilen vertikal insizyonlarla birleştirildikten sonra tam kalınlıkta mukoperiostal flep kaldırıldı. Rond frezler yardımı ile kret tepesi korunarak, kemik dokunun bukkal yüzünden pencere açıldı ve lezyona ulaşıldı. Fissür frez yardımı ile premolar diş kole bölgesinden ikiye ayrıldıktan sonra kron ve lezyonun bu bölgeye yapışan kısmı çıkartıldı. Dişin kök ve kron kısmı ayrı ayrı olarak çıkarıldıktan sonra lezyon kürete edildi. Lezyonun bulunduğu kemik dokusu frez yardımı ile temizlendikten sonra insizyon hattı 3.0 ipek sütür yardımı ile primer olarak kapatıldı. Operasyon sırasında ve operasyondan sonra herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Hastaya

operasyon sonrası antibiyotik (Amoksisilin tablet 500 mg 3 x 1), analjezik (Parasetamol tablet 3x1), antiseptik gargara ( klorheksidin glukonat + benzidiaminhidroklorür 3x1) reçete edildi.



**Resim 1.** Alt çene sol 2. premolar dişin erüpsiyonuna engel olan iyi sınırlı uniloküler radyolüsent görüntü veren lezyonun preoperatif görüntüsü

Çıkartılan lezyon histopatolojik inceleme için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilimdalına gönderildi. Yapılan inceleme sonucunda lezyonun ameloblastik fibroma olduğu tespit edildi. Hasta düzenli olarak klinik ve radyolojik takibe alındı. 12 ay aradan sonra klinik ve radyolojik olarak nüks gözlenmedi (Resim 2).



**Resim 2.** Cerrahi sonrası 1. yıla ait radyografide nüks gözlenmemiştir.

### OLGU SUNUMU 2

Kliniğimize rutin dental kontrollerini yaptırmak için başvuran 20 yaşındaki bayan hastanın yapılan radyolojik muayenesinde 45 nolu gömülü dişin etrafında, düzenli sklerotik sınırları olan uniloküler radyolüsent lezyon teşhis edildi (Resim 3). Klinik muayene sırasında ve anamnezde ekspansiyon ve ağrı gibi semptomlar gözlenmedi. Lezyona komşu dişler yapılan vitalite testleri ile vital bulundu. Tedavi planında lezyonun gömülü premolar

dişle birlikte lokal anestezi altında enükleasyonuna karar verildi. Birinci premolar diş mezialinden 1. molar diş distaline kadar uzanan sulkuler insizyon, 1. premolar diş mezialinden ve 1. molar diş distalinden indirilen vertikal insizyonlarla birleştirildikten sonra tam kalınlıkta mukoperiostal flep kaldırıldı. Kemik dokusunun bukkal yüzeyinden rond frezler yardımıyla açılan pencere aracılığıyla lezyona ulaşıldı. Premolar diş fissür frez yardımıyla kole bölgesinden ikiye ayrıldıktan sonra kron ve lezyonun bu bölgeye yapışan kısmı çıkartıldı. Dişin kron ve kök kısmı ayrı ayrı çıkarıldıktan sonra lezyon kürete edildi. Lezyonun bulunduğu kemik dokusu frez yardımı ile temizlendikten sonra insizyon hattı 3.0 ipek sütür yardımı ile primer olarak kapatıldı. Operasyon sırasında ve operasyondan sonra herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Hastaya postoperatif olarak antibiyotik (Amoksisilin tablet 500 mg 3 x 1), analjezik (Naproksen sodyum tablet 2x1), antiseptik gargara (klorheksidin glukonat+ benzidiaminhidroklorür 3x1) reçete edildi.



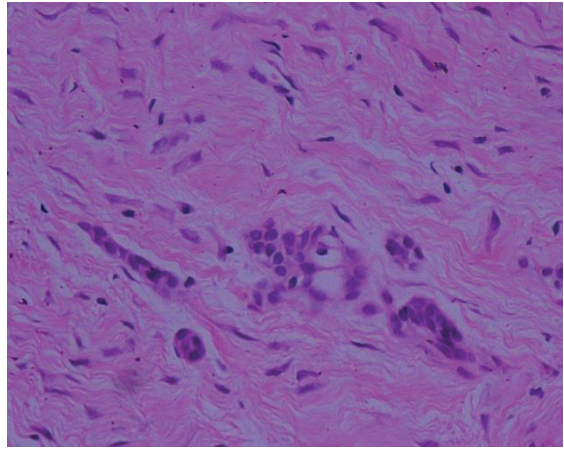
**Resim 3.** Yirmi yaşında bayan hastada, alt çene sağ premolar dişle ilişkili asemptomatik uniloküler radyolüsent görüntü veren lezyonun preoperatif görüntüsü

Enükle edilen lezyon Kırıkkale Üniversitesi Patoloji Anabilim dalına histopatolojik inceleme için gönderildi. Histopatolojik incelemede gevşek fibroblastik bir stroma içerisinde küçük gruplar, kordonlar oluşturmuş bazofilik nükleuslu dar sitoplazmalı epitelyal hücreler dikkati çekti (Resim 4). Bu inceleme sonucunda lezyonun ameloblastik fibroma olduğu tespit edildi. Hasta düzenli olarak klinik ve radyolojik takibe alındı. 5 ay aradan sonra klinik ve

radyolojik olarak nüks gözlenmedi (Resim 5). Lezyona komşu dişlerin vitalitelerini korudukları vitalite testleri ile belirlenmiştir. Ancak lezyonun nüks ihtimali ve dişlerin vitaliteleri açısından hastanın daha uzun süre takip edilmesi gerekmektedir.



**Resim 4.** Stroma içerisinde küçük gruplar ve kordonlar oluşturmuş bazofilik nükleuslu dar sitoplazmalı epitelyal hücreler (HE X 40).



**Resim 5:** Cerrahi sonrası 5. aya ait panoramik radyografi de nüks gözlenmemiştir.

## TARTIŞMA

Ameloblastik fibroma epitelyal mezenseşimal elemanların birlikte görüldüğü mikst bir tümördür. Lezyon, bu vakalarda da olduğu gibi genellikle ikinci dekatta mandibula posterior bölgede görülmektedir. Asemptomatik gelişmesinden dolayı sıklıkla rutin dental kontroller esnasında tespit edilen bu lezyon radyolojik olarak uniloküler yada multiloküler görüntü verebilir (4,9,10). Lezyonun teşhis edildiği bölgelerde dişlerde dislokasyon ve çene kemiğinde ekspansiyon sık olmasa da gözlenebilir (9). Vakalarımızdan birinde ağız içinde alt sol 2. premolar dişin

gömülü kalmasına bağlı olarak dişler arasında diastema gözlenirken, diğer vakamızda alt sağ 2. premolar dişin gömülü kalmasına bağlı olarak böyle bir durum gözlenmemiştir. Her iki vakada da çene kemiğinde ekspansiyon görülmemiştir.

Ameloblastik fibroma radyolojik olarak dentigeröz kist, odontojenik keratokistik tümör, ameloblastoma, odontojenik miksuma ve santral granüler hücreli tümöre benzer görüntü vermektedir (11, 18). Lezyonun bu tip lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılabilmesi için kesinlikle histopatolojik incelemesinin yapılması ve tedavi planının buna göre düzenlenmesi gerekmektedir. Ameloblastik fibroodontoma, ameloblastik fibromaya birçok özelliğiyle benzemektedir. Ayırıcı tanıda, ameloblastik fibroodontomanın mine ve dentin yapısı içeren bir lezyon olması özelliğinden faydalanılır. Bazı araştırmacılar ameloblastik fibroodontomanın ameloblastik fibromanın primer aşamadaki formasyonu ile birlikte odontoma gelişimi sırasında bir ara faz olduğunu düşünmektedirler (6). Bazı odontomalar histolojik olarak ameloblastik fibroma ve ameloblastik fibroodontoma ile aynı görülürler ve bu üç patolojik durum klinik bulgularla ayırt edilebilir. Ameloblastik fibroma genç bireylerde, ameloblastik fibroodontoma ara yaş grubundaki bireylerde, odontoma ise daha yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir. Ameloblastik fibroodontoma ve odontoma hamartomatöz lezyonlar olarak kabul edilebilir ve bu sebeple, bu lezyonlarda ameloblastik fibromaya göre daha az rekürens ve malignant transformasyon görüldüğü söylenmektedir(14). Fakat ameloblastik fibromanın nadiren de olsa ameloblastik fibrosarkoma dönüşüğü literatürde yer almaktadır(15, 16).

Ameloblastik fibroma mikroskopik olarak incelendiğinde işsi ve köşeli hücreler ile az miktarda kollajen dokudan oluşan, dental papilla kalıntıları ihtiva eden, stellat retikulumu andıran bağ dokusu içermektedir. Epiteyal komponenti ince dallanan kordlar ile bazofilik çekirdek ve az sitoplazma içeren odontojenik epitelin küçük hücre kümeleri oluşturmaktadır. Stellat retikulumun santral

bölgesinde daha büyük hücre kümeleri izlenebilir (7,12,13).

Literatürde ameloblastik fibroma tedavisinde küretaj ve cerrahi rezeksiyon tedavileri önerilmektedir. Bazı araştırmacılar dikkatlice yapılan küretaj işleminin lezyonun tedavisinde yeterli olduğunu savunmaktadır(4). Daller 6 hastasında, lezyonu kürete ederek çıkartmış ve ortalama 15 yıl süre ile takip ettiği bu hastalarda nüks gözlenmemiştir (11). Küretaj işleminin yetersiz yapıldığı ve lezyonun tamamen çıkartılamadığı durumlarda nüks kaçınılmazdır(4,9). Özellikle rekürens gösteren vakalarda ikinci cerrahi yaklaşımında radikal olması gerekmektedir. Zallen ve arkadaşları daha önce konservatif yaklaşımla tedavi edilmeye çalışılan vakaların rekürens gösterdiği durumlarda tedavi olarak blok rezeksiyonları tavsiye etmektedir(17).

Kendi vakalarımızda hastalarımızın sağ ve sol alt 2. premolar dişlerle ilişkili lezyonları dişlerle birlikte çıkartılıp, kaviteler kürete edilmiştir. Lezyonların ameloblastik fibroma olduğu histopatolojik olarak kesinleştirilmiştir. Yapılan en uzun 1 yıllık klinik ve radyolojik takipler sonucu rekürens olmadığı tespit edildi. Hastaların rutin dental kontrollerine literatürde yer aldığı gibi en az 5 yıl daha devam edilmesi planlandı.

## REFERANSLAR

1. Kruse A. On development of cystic tumors in mandible. Arch Path Anat. 1891;124:137-48
2. Martin-Grazio Lopez R, Ortega L, Gonzalez Corchon MA, Berguer Sandez A. Ameloblastic fibroma of the mandible. Report of two cases. Med Oral. 2003;8:150-153
3. Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky P. Pathology and genetics of tumours of the head and neck: World Health Organization classification of tumours: International Histological Classification of Tumours 3rd ed. Lyon:IARC Press, 2005.
4. Costa DOP da, Alves ATNN, Calasans-Maia MD, Cruz RL da, Lourenço SQ. Maxillary ameloblastic fibroma: A case report. Braz Dent J. 2011;22:171-174

5. Chen Y, Wang JM, Li TJ. Ameloblastic fibroma: a review of published studies with special studies with special reference to its nature and biological behavior. *Oral Oncol* 2007;43:960-969

6. Chen Y, Li TJ, Gao Y, Yu SF. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. *J. Oral Pathol Med* 2005;34:588-595

7. Cohen DM, Bhattacharyya I. Ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and odontoma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2004;16:375-384

8. Pitak-Arnop P, Chanie A, Dhanuthai K, Bertrand JC, Bertolus C. Extensive ameloblastic fibroma in an adolescent patient. A case report with a follow-up of 4 years. *Eur J Dent* 2009;3:224-228

9. Vasconcelos BCE, Andrade ESS, Rocha NS, Morais HHA, Carvalho WFC. Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. *Journal of Oral Science* 2009;51:293-296

10. Akcam T, Altug HA, Karakoc O, Sencimen M, Ozkan A, Bayar GR, Gunhan O. Synchronous ossifying fibromas of the jaws: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Nov;114(5 Suppl):S120-5. doi: 10.1016/j.oooo.2011.08.007. Epub 2012 Feb 25

11. Dallera P, Bertoni F, Warchetti C, Bacchini P, Campobassi A. Ameloblastic fibroma: A follow-

up of six cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996;25:199-202

12. Tomich CE. Benign mixed odontogenic tumors. *Semin Diagn Pathol.* 1999;16:308-16

13. Hansen LS, Ficarra G. Mixed Odontogenic tumors: an analysis of 23 new cases. *Head Neck Surg.* 1988;10:330-43

14. Slootweg PJ. An analysis of the interrelationship of mixed odontogenic tumors—ameloblastic fibroma, ameloblastic fibroodontoma, and the odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981;51:266-76

15. Leider AS, Nelson JF, Trodahl JN. Ameloblastic fibroma. *Oral Surg.* 1972;33:559-69

16. Altini M, Thompson SH, Lownie JF, Berezowski BB. Ameloblastic sarcoma of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 1985;43:789-94

17. Zallen RD, Preskar MH, McClary SA (1982) Ameloblastic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg.* 40, 513-517

18. Orhan GÜVEN, Nihat TUNCER, Umut SARAÇOĞLU Ameloblastik Fibroma: Bir Vaka Raporu Türkiye Klinikleri *J Dental Sci* 1999;5(2):73-6

#### **Yazışma Adresi:**

Dt. Mürüde YAZAN

Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
KIRIKKALE

