

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

PROF.DR. AHMET BERHAN YILMAZ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ORAL DİAGNOZ ve RADYOLOJİ A.D

(AĞIZ, DİŞ, ÇENE RADYOLOJİSİ)

ODONTOJENİK TÜMÖRLER ve HİPERPLAZİLER

Tümör (tumor) sözcüğü önceleri vücuttaki herhangi bir şişlik ya da kitle için kullanılırdı. Hipokrat tümörleri zararsız ve tehlikeli diye iki bölüme ayırmıştır. Bu günde klinik seyirlerine göre tümörler ikiye ayrılırlar.

-Selim (benign) tümörler

-Habis (malign) tümörler.

Benign tümörler yavaş büyürler. Hızlı büyüme malign tümörlerde önemli bir özelliktir. Mitoz ne kadar çok ise büyüme hızı da o kadar fazladır. Benign lezyonlar yavaş büyüdüklerinden dişlerin köklerinin yer değiştirmesine ve bazen de kök rezorbsiyonuna sebep olabilirler. Malign lezyonlar hızla yayıldıklarından kemik tahrip olur. Dişlerin pozisyonları değişmez. Bunlarda da kök rezorbsiyonları gözlenebilir.

Benign tümörler kapsüllüdür. Genellikle oval veya yuvarlaktır. Tümör büyürken kapsülle birlikte çevresindeki dokuları iter. Çevre doku ve damarların içine girmez. Yani ekspansif olarak büyür. Çevresindeki dokuları sıkıştırabilir.

Benign tümörler ekspansif olarak ve yavaş büyüdükleri için lezyonun üzerinde reaktif kemik tabakaları oluşabilir. Bunlar soğan kabuğu gibi kat kat görünüm verir. Malign tümörler hızlı büyürler ve çevre dokuya invazyon gösterirler. Yani selim tümörler büyürken çevre dokuları iterler, ancak kanserler sınır tanımaz ve önlerine gelen dokuların içine girerler. Bu özelliği ile kanser bir yengece benzetilir. Çevre dokuya sanki bir yengeç gibi tırnaklarını batırarak ilerler. Kanser kelimesi de latince yengeç (cancrum, cancer) kelimesinden gelmiştir. Malign tümörler kemikte ekspansiyon olmaksızın invazyon ve destrüksiyon gösterirler.

Odontojenik tümörler:

Odontojenik tümörler, farklı histopatolojik tipler ve klinik davranışlar sergileyen bir grup lezyonu içerir.

Odontojenik tümörler çoğunlukla benign olmalarına karşın malign formları da vardır. Benign olanların bazıları iyi sınırlanmadıkları ve infiltratif geliştikleri için inatçı lokal nüksler gösterebilirler. Bazıları da gerçek neoplazmlardır ve çok nadir olarak malign davranışlar sergilerler. Diğer bir grup lezyon ise tümör benzeri olarak tarif edilebilen malformasyonlardır "*Hamartom*".

Odontojenik tümörlerle ilgili konu, Dünya ağılık örgütünün 1992 yılında yaptığı sınıflandırması esas alınarak anlatılacaktır.

Odontojenik tümörlerin bir kısmı odontojenik ektomezenşimin bir katkısı olmaksızın sadece odontojenik epitelden oluşur.

Diğer bir grup odontojenik tümör ise odontojenik ektomezenşim ve epitelden oluşur. Bu tümörlere Mixt Odontojenik Tümörler de denir. Bu lezyonlarda dental sert dokular teşekkül edebilir veya teşekkül etmeyebilir.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Üçüncü grup odontojenik tümör özellikle odontojenik ektomezenşimden oluşur. Bu tümörlerde odontojenik epitel bulunabilir fakat bu odontojenik epitel bu tümörlerin patogeneğinde asıl rolü üstlenmez.

Benign tümörler

Odontojenik epitelden menşei alan tümörler

- Ameloblastoma
- Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör
- Skuamoz odontojenik tümör
- Clear cell (şeffaf hücreli) odontogenic tümör

Menşei odontojenik ektomezenşimden alan tümörler

- Odontojenik Fibrom
- Miksom
- Sementoblastoma

Odontojenik ektomezenşim ve odontojenik epitelden menşei alan “mixt” tümörler

- Ameloblastik fibroma
- Ameloblastik fibro-dentinoma (dentinoma) ve ameloblastik fibro- odontoma
- Odontoameloblastoma “ameloblastic odontoma”
- Adenomatoid odontojenik tümör
- Kalsifiye odontojenik kist
- Odontoma
 - Complex odontoma
 - Compound odontoma

Malign tümörler

Odontojenik karsinomalar

- Malign ameloblastoma
- Primer intraosseöz karsinoma
- Diğer odontojenik epitelyal tümörlerin malign şekilleri
- Odontojenik kistlere malign değişiklikler.

Odontojenik sarkomlar

- Ameloblastik fibrosarkom (ameloblastik sarkom)
- Odontojenik karsinosarkom
- Ameloblastik fibrodentinom ve ameloblastik fibro-odontosarkom

BENİGN TÜMÖRLER

Odontojenik epitelden menşei alan tümörler:

Ameloblastoma-adamantinoma: Epitelyal orijinli tümörlerden olan ameloblastoma; mine organı epitel artıklarından, mine organının gelişim bozukluklarından, oral mukozanın bazal hücrelerinden, odontojenik kistlerin özellikle dentigeröz kistlerin iç kısmını döşeyen epitelden, dental lamina epitel artıklarından, malessez epitel artıklarından, hertwing kını epitel artıklarından doğabilir.

Ameloblastoma, odontojenik tümörler içinde %18 görülme oranı ile odontomadan sonra en sık görülenidir. Bazı kaynaklarda her iki cinsten de eşit oranda görüldüğü bildirilmekle birlikte, erkeklerde daha sık rastlandığı kabul edilir. İnfiltratif lokal büyüme ve komşu yapıları destrukte etme yeteneğine sahip ve hayatı tehdit edebilen tek odontojenik tümördür. Benign kabul edilmekle birlikte, metastatik potansiyele sahiptir. Yıllar sonra malign ameloblastomaya veya ameloblastik sarkomaya dönüşebilir. Akciğer ve lenf nodlarının metastazının sık olduğu, ayrıca kafa tabanı ve frontal lob tutulumu rapor edilmiştir.

Klinik Bulgular: Ameloblastoma yavaş büyüyen, lokal invaziv ve çok büyük oranda benign bir lezyondur. Yapılan araştırmalar ameloblastomaların prognozları ve tedavileri açısından üç farklı klinikoradyolojik şekilde ele alınabileceğini göstermiştir.

-Konvensiyonel Solid (Multikistik Intraosseöz) Ameloblastoma

-Unikistik Ameloblastoma

-Periferik "extraosseöz" Ameloblastoma

Bazı kaynaklar bu şekillerin zamanla birbirine dönüştüğünü ileri sürerek bu şekilde bir ayırımın yapılmasına karşı çıkmışlardır. Ancak çoğunlukla böyle bir ayırım yapılarak konunun incelenmesi tavsiye edilmektedir.

Konvensiyonel Solid veya Multikistik Intraosseöz Ameloblastoma: Bütün vakaların % 86' sını teşkil eder.

Klinik Bulgular: Hayatın 3. ve 4. dekadında daha sık görülür. 10 yaş altında çok nadirdir. Her iki cinsi de eşit olarak etkiler. Bazı yazarlara göre siyah ırkta daha sık görülür.

Genellikle asemptomatik olan ve çok yavaş büyüyen tümör, özellikle küçük ebatlarda yalnızca radyografik kontrollerde tespit edilebilir. Çenelerde ağrısız şişlik ve ekspansiyon alışılmış klinik görünümüdür.

Ağrı ve parestezi çok büyük tümörlerde bile az görülen semptomlardır. Bu tip ameloblastomaların % 85' i mandibulada ve büyük sıklıkla mandibular molar ve ramus bölgesinde, % 15' i ise maksillada ve genellikle maksillar molar bölgede görülür.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Radyografik Bulgular: Tipik olarak multiloküler radyolüsent bir lezyon görünümündedir. Bu görünüm; radyolüsent loküller büyükse *sabun köpüğü* “*soap bubble*”, radyolüsent loküller küçükse *bal peteği* “*honey combed*” olarak tanımlanır.

Sıklıkla bukkal ve lingual kortikal ekspansiyon, komşu dişlerde kök rezorpsiyonu ve bazı vakalarda, sürmemiş diş (sıklıkla mandibular 3. molar) görülür. Solid ameloblastoma bazen radyografik olarak uniloküler radyolüsent defekt halinde görülür ki bu görünüm kistik bir lezyona benzer.

Bu radyografik özellikler ve bilhassa tipik multiloküler defekt akla ameloblastomayı getirse bile odontojenik ve nonodontojenik lezyonların birçoğunun aynı radyolojik özellikleri taşıdığı unutulmamalıdır.

Bu grup ameloblastomaların çok sayıda mikroskobik alt tipi tanımlanmıştır ve bu alt tipler tümörün davranışlarında çok küçük farklılıklara yol açarlar. Bu alt tiplerden yaygın olarak görülenleri Follicular ve Plexiform tiplerdir, Akantomatöz, Granular Cell, Desmoplastik, Basal Cell tipler ise daha az yaygındır.

Tedavi ve Prognoz: Konvansiyonel solid veya multikistik intraosseöz ameloblastoma çeşitli şekillerde tedavi edilebilmektedir.

Bu tedavi şekilleri küretaj, basit enükleasyon ve marginal blok rezeksiyondur. Fakat bunlardan hangisinin en iyi tedavi metodu olduğu tartışmalıdır.

Konvansiyonel ameloblastoma trabeküler kemiğin sağlam ve ağısı yapısı içine infiltre olma eğilimi içindedir. Bu infiltrasyon kemik rezorpsiyonu gibi radyolojik bulgular ortaya çıkmadan önce oluşur.

Küretajdan sonra kemikte kalmış olan küçük tümör adacıkları sebebi ile rekürrens oranı % 55 ile % 90 arasındadır. Marginal veya blok rezeksiyon günümüzde tedavide daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Fakat bu tedavi metodundan sonra da % 15 oranında nüks rapor edilmiştir. Bu sebeple tercih edilen tedavi şekli tümörün radyolojik sınırlarından en az bir santimetre daha fazla rezeke etmektir. Ameloblastoma özellikle posterior maksillada, tümörün etrafındaki alan yeterli bir müdahaleye izin vermediği için tehlikelidir.

Tedavide nadiren radyoterapi de kullanılmaktadır, çünkü bazı çalışmalar tümörün radyosensitif olduğunu göstermiştir.

Bir tedavi metodu da “tarayarak temizlemek” metodudur. Burada amaç tümörün tamamının ortadan kaldırılması ve yeni kemik yapımının hızlandırılmasıdır. Bu tedavi metodunda tümör çevresindeki sağlam kemikten de bir miktar alınarak enükle edilir. Kavite açık bırakılarak skar dokusu 2-3 ayda bir kürete edilir. Bu işleme mikroskobik incelemede iki defa üstüste tümör hücrelerine rastlanılmayana kadar devam edilir. Bu tedavi metodu daha çok gençlerde, çocuklarda çene gelişimini engellemek amacı ile uygulanır.

Konvansiyonel ameloblastoma inatçı, infiltratif bir neoplazmdır. Bu sebeple bazı hastalarda vital dokuların içine doğru ilerler ise öldürücü olabilir. Buna rağmen bu

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

tümörlerin çoğu hayatı tehdit edici değildir. Ameloblastoma nadiren malign davranışlar gösterebilir.

Unikistik Ameloblastoma: Bu lezyon mural ameloblastoma-kistojenik ameloblastoma - kist içinde gelişen ameloblastoma - luminal ameloblastoma - intraluminal ameloblastoma olarak da bilinir. Vakaların %13' ünü teşkil eder. Orijini: Unikistik ameloblastoma klinik, radyolojik, patolojik özellikleri ve tedaviye verdiği cevap açısından diğerlerinden ayrılır. Unikistik ameloblastoma ya bir neoplazm gibi kendiliğinden doğar, ya da non-neoplastik kist epitelinin neoplastik transformasyonu sonucu oluşur.

Klinik Bulgular: Unikistik ameloblastomalar sıklıkla genç hastalarda ve % 50 gibi bir oranla hayatın 2. ve 3. dekadında görülür. % 90 oranında mandibulada görülen bu tümör, genellikle mandibular molar bölgede yerleşir.

Lezyon sıklıkla asemptomatiktir, ancak büyük lezyonlar çenelerde ağrısız şişlik sebebi olabilirler. Bu kistler klinik, radyografik ve makroskopik görünüm açısından özellikle dentigeröz kistleri taklit ederler.

Radyolojik Bulgular: Unikistik ameloblastoma genellikle gömük mandibular üçüncü molar dişin kordonunu çevreleyen radiolüsens bir görüntü verir ve bu görüntü tamamen bir dentigeröz kisti andırır. Diğer bir kısım lezyonlar ise keskin sınırları olan bir radiolüsens alan halinde görülür. Bu radyolojik görüntüler bulunduğu bölgeye göre; residüel kist, primordial kist veya radiküler kisti düşündürür. Burada kesin tanı lezyon materyalinin mikroskopik incelenmesinin sonucuna göre konur.

Tedavi ve Prognoz: Unikistik ameloblastomada lezyonun klinik ve radyolojik bulguları odontojenik kiste benzediği gibi tedavisi de kist tedavisi gibi enükleasyondur.

Unikistik ameloblastomada nüks % 10-20 olarak rapor edilmiştir.

Periferal “extraosseous” Ameloblastoma: Ameloblastomaların içinde % 1' lik görülme oranı ile en az rastlananıdır. Bu tümörün oral mukozanın altında kalan epitel artıklarından veya yüzey epitelinin basal epitel hücrelerinden oluştuğu düşünülür.

Klinik Bulgular: Periferal ameloblastoma; genellikle ağrısız, ülser olmayan, doğrudan tabana bağlı veya saplı gingival veya alveoler mukoza lezyonudur.

Spesifik bir klinik özelliği yoktur ve çoğu lezyon fibromanın bazı formlarını düşündürür.

Bazen daha büyük lezyonlara rastlanılmasına rağmen genellikle 1.5 cm' den daha küçük boyutlardadır.

Geniş bir yaş grubunda görülebilir, fakat en sık orta yaş grubunda meydana gelir.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Periferal ameloblastoma, posterior gingival ve alveoler mukozada ve mandibulada daha yaygındır. Çok az vakada yüzeyel alveoler kemikte çok az aşınma oluşturabilir.

Tedavi ve Prognoz: Periferal ameloblastoma, intraosseöz form gibi zararlı klinik davranışlar sergilemez. Lokal cerrahi eksizyona iyi cevap verir.

Vakaların %25' inde rekürrens görülmüştür.

Birkaç vakada malign değişiklikler rapor edilmesine rağmen bu durum çok nadirdir.

Kalsifiye epitelyal odontojenik tümör “pindborg tumor”: Çok yaygın olmayan kalsifiye epitelyal odontojenik tümörün görülme oranı bütün odontojenik tümörler içinde % 1' den daha azdır.

Tümör kesinlikle odontojenik olmasına rağmen histogenezisi tam olarak belli değildir. Ağırlıklı olarak gömük bir dişin mine epitelinden oluştuğu düşünülür.

Tümör hücreleri diş minesinin stratum intermedium hücrelerine çok benzeyen hücreleri taşır.

Klinik Bulgular: Hemen her yaşta görülmesine rağmen 30 ile 50 yaşları arası daha siktir. Seks ayırımı yapmaz. Vakaların % 75' i mandibulada ve mandibular molar bölgede görülür.

Görülme yeri ve görülme yaşı açısından ameloblastomaya çok benzer.

Hastaların çoğunda lezyon asemptomatiktir veya yalnızca ağrısız ve yavaş büyüyen bir şişlik en sık görülen belirtisidir. Araştırmacılar tarafından sunulan vaka raporlarının % 52' sinde lezyon kesinlikle sürmemiş bir diş ile birlikte dir.

Radyografik Bulgular: Tümör unilöküler veya multilöküler radiolüsent defektler halinde görülür. Loküllerin boyutlarına göre *honeycomb* “balpeteği” modeli görüntü oluşabilir. Bu defektlerin sınırları tarak gibi girintili çıkıntılıdır . Lezyon tamamı ile radiolüsent olabileceği gibi, defekt sıklıkla çeşitli boyutlarda ve yoğunluklarda kalsifiye yapılar içerebilir. Bu kalsifiye yapılar radiolüsentlik içersine tamamı ile dağılınca “*driven snow*” denilen görüntü oluşur.

Tümör sıklıkla gömük bir diş ile alakalıdır. Bu diş genellikle mandibular üçüncü molar dişidir.

Tümörün içindeki kalsifikasyon büyük bir sıklıkla gömük dişin krunu etrafında belirgindir.

Ekstraosseöz “Periferik” Kalsifiye Epitelyal Odontojenik Tümör: Ekstraosseöz kalsifiye epitelyal odontojenik tümör oldukça nadir olarak görülür. Cinsiyet ayırımı yapmaz.

Vakaların hemen hepsi gingivada oluşur ve her zaman anterior gingival bölgede görülürler.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Gingival dokuya tamamen oturmuş ve sapsız olan bu lezyonlar mandibular gingivada daha sık oluşurlar.

Bu lezyonlardan bazıları, altındaki kemiğin rezorpsiyonuna sebep olarak *radyografik bulgu* verebilirler.

Tedavi ve Prognoz: Aslında kalsifite epitelyal odontojenik tümörün ameloblastoma ile aynı biyolojik davranışları sergilediği bilinmesine rağmen, deneyimler yavaş büyüyen ve lokal invazif olan bu tümörün agresif eğilimlerinin çok az olduğunu göstermiştir.

Tümörün alışılmış *tedavisi*, açığa çıkan kemiği de sınırlı bir şekilde içine alarak yapılan lokal rezeksiyondur.

Nüks oranı %15 olarak rapor edilmiştir. Fakat küretaj yapılırsa nüks oranı çok yüksek olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıntılı incelemelerde prognozunun iyi olduğu görülmektedir. Şimdiye kadar bölgesel lenf bezlerine metastaz yapan sadece bir vaka rapor edilmiştir.

Skuamoz odontojenik tümör “Benign epitelyal odontojenik tümör”: Çok az görülen benign odontojenik tümörlerden biri olan skuamoz odontojenik tümörün malessez epitel artıklarından doğan bir tümör olduğu düşünülmektedir. Bu tümör sürmüş bir dişin lateral kök yüzeyindeki periodontal ligamentinden meydana gelir.

Klinik Bulgular: Skuamoz odontojenik tümör hemen her yaşta meydana gelebilir. Cinsiyet ayrımı gözetmez.

Maksilla ve mandibulada aynı sıklıkta görülen skuamoz odontojenik tümör, maksillada özellikle kesici-kanin bölgesinde, mandibulada kanin-molar bölgesinde yerleşir. Bazı hastalarda hem maksillada hem mandibulada aynı anda multiple skuamoz odontojenik tümör görülebilir.

Ağrısız veya hafif şiddette ağrılı gingival bir şişlik olabilir. İlgili dişlerde mobilité, perküsyonda hassasiyet ve arasıra anormal bir his meydana gelebilir. Skuamoz odontojenik tümörün % 25 kadarı semptomsuzdur ve rutin radiografik incelemelerde görülebilirler.

Radyografik Bulgular: Bu bulgular spesifik değildir ve direkt tanıya götürmez. İlgili dişin kökünün lateralinde yarım daire veya çok düzgün olmayan trianguler radiolüsent bir defekt vardır. Bazı vakalarda bu radiolüsent alanın sınırları sklerotik bir hat ile çevrili olabilir, buna bağlı olarak daha düzgün sınırları olabilir. Bazı vakalarda vertikal periodontal kemik kaybı görülür. Çoğu vakada lezyonun ebatları nadiren 1.5 cm’yi aşar.

Tedavi ve Prognoz: Skuamoz odontojenik tümörün tedavisinde en etkili tedavi metodu konservatif lokal eksizyon ve küretajdır.

Vakaların çoğunda lokal eksizyondan sonra nüks rapor edilmemiştir. Nüks gösteren çok az vakada ise daha ileri seviyede yapılan lokal eksizyona iyi cevap alınmıştır.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Maksillar skuamoz odontojenik tümör mandibular lezyonlardan daha agresiftir ve bu lezyonlar büyük oranda komşu dokuları istila etme eğilimini gösterir. Bu durum maksillar kemiğin gözenekli, süngerimsi yapısından kaynaklanıyor olabilir.

Clear-cell odontojenik tümör - “şeffaf hücreli odontojenik tümör”: Çok az görülen odontojenik tümörlerden biri olan clear cell odontojenik tümörün odontojenik menşei olduğu aşık olmasına rağmen histogenezisi tam olarak bilinmemektedir. Histokimyasal ve yapısal çalışmalar bu tümörün en belirgin özelliği olan clear cell adı verilen hücrelerin glikojenden zengin, presekretör ameloblastlara benzediğini göstermiştir.

Klinik Bulgular: Çoğu vakada hastalar 50 yaşından yukarıdır, hem maksilla hem de mandibulada aynı oranda görülür.

Bazı hastalar ağrıdan ve şişlikten şikayetçidir. Diğer bir grup hasta ise nispeten semptomsuzdur.

Radyografik bulgular: Lezyon uniloküler veya multiloküler radiolüsent görüntü verir. Bu radiolüsent alanın sınırları düzensiz olarak görülür.

Tedavi ve Prognoz: Clear cell odontojenik tümör genellikle agresif bir klinik seyir gösterir. Tümör yakın dokulara invazyon yapar ve nüks eğilimindedir. Çoğu vakada radikal cerrahi uygulanmış olsa bile nüks görülür. Pulmoner ve lenfatik metastaz oluşabilir.

Clear cell odontojenik tümör potansiyel malign bir lezyon olabilir ve bazı araştırmacılar tarafından clear cell odontojenik carcinoma olarak adlandırılır.

Odontojenik ektomezenşimden menşei alan tümörler

Odontojenik ektomezenşimden meydana gelen bu tümörler odontojenik epitel içerebilirler veya içermeyebilirler. Bu tümörler epitel ihtiva ediyor olsalar bile epitel elementlerinin bu tümörlerde aktif rol oynamadığı görülür.

Odontojenik fibrom: Sementi temsil eden ve odontojenik epitel kümelerini içeren fibröz dokudan oluşur. Santral, granüler hücreli ve periferik tipleri vardır.

Santral odontojenik fibrom: Yaygın olarak görülmeyen, sadece çene kemiklerinde oluşan odontojenik tümörlerden biridir. Genç insanları tercih etmesine rağmen hemen her yaşta ve kadınlarda daha sık görülür.

Klinik bulgular: Devamlı fakat yavaş büyüyen, genellikle ağrısız, ekspansiyona neden olabilen bir lezyondur. İlerlemiş vakalarda sekonder enfeksiyon veya sinirlere baskı sonucu ağrı ve parestezi olabilir.

Maksillada % 60 oranı ile mandibuladan daha sık görülür. Çoğu maksillar lezyon anterior ve birinci molar bölgede, mandibular lezyonların % 50’si birinci molar diş

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

bölgesinde görülür. Bazı vakalarda gömük üçüncü molar dişlerin de odontojenik fibrom ile bağlantıları vardır.

Küçük odontojenik fibromlar genellikle asemptomatiktir. Daha büyük lezyonlar diş kayıpları ve kemik ekspansiyonlarına sebebiyet verebilirler.

Gardner santral odontojenik fibromları, hiperplastik dental follikül, basit odontojenik fibrom ve kompleks odontojenik fibrom başlıkları altında incelemiştir.

Radyografik Bulgular: Küçük olan odontojenik fibromlar sınırları düzenli, uniloküler lezyonlardır. Bu lezyonlar sürmüş bir dişin apikal bölgesinde görülürler.

Büyük olan odontojenik fibromlar multiloküler radiolüsent görüntü verirler. Bir çok lezyon sklerotik bir hat ile çevrilidir. Kök rezorpsiyonları yaygın olarak karşımıza çıkar. Gömülü bir diş ile birlikte bulunabilir. Lezyon dişlerin kökleri arasına yerleşirse yerleştiği bölgede dişlerin köklerini birbirinden uzaklaştırır. Lingual veya vestibüle doğru ekspansiyon görülebilir.

Tedavi ve Prognoz: odontojenik fibromlar genellikle enükleasyon ve küretaj ile tedavi edilirler. Tümör bir kapsüle sahip olmamasına rağmen büyümesinin limitlenme potansiyeli vardır. Bu durum özellikle çenelerin ön bölgelerindeki lezyonlarda görülür. Birkaç nüks vakası rapor edilmesine rağmen prognozu çok iyidir.

Granüler hücreli odontojenik fibrom: Klinik Bulgular: Çok büyük oranda 40 yaş üzerinde görülen granüler cell odontojenik fibrom maksilla ve mandibulada sıklıkla molar bölgede meydana gelir.

Bazı lezyonlar tamamen asemptomatiktir. Diğer lezyonlar ise etkilenen bölgede ağrısız bir ekspansiyon oluştururlar.

Radyografik Bulgular: Lezyon düzenli sınırlı, uniloküler radiolüsent bir alan şeklinde görülür ve içersinde küçük kalsifikasyonlar olabilir.

Tedavi ve Prognoz: Tamamen benigndir ve küretaja cevabı çok iyidir. Nüks rapor edilmemiştir.

Periferal Odontojenik Fibrom : Santral “ intraosseöz” odontojenik fibrom’un yumuşak dokuda görülen şeklidir. Geçmişte odontojenik epitelyal hamartoma veya periferal fibro-ameloblastik dentinoma denirdi.

Klinik Bulgular: Yaygın olmayan bu gingival lezyon ilk meydana geldiğinde yumuşak, vasküler yapıdadır. Daha sonra genellikle soluk kırmızı - pempe renkli, sert, yavaş büyüyen, çoğunlukla sapsız olarak gingival dokuya oturmuş ve normal görünümlü mukoza ile örtülmüş bir lezyondur. Periferik odontojenik fibrom genellikle 1.5 ile 3.5 cm arasında ölçülere sahiptir ve bazı vakalarda dişlerin migrasyonuna sebebiyet verebilir.

Periferik odontojenik fibrom klinikte yaygın olarak görülen diğer fibröz gingival lezyonlar ile karıştırılmamalıdır. Geniş bir yaş grubunda görülebilen lezyon daha sık olarak mandibulanın vestibül gingivasında karşımıza çıkar. Cinsiyet ayrımı

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

gözetmezler. Kalsifikasyonlu veya kalsifikasyonsuz periferik fibromalar değişik isimlerle tanınır.

Radiyografik Bulgular: Bazı vakalarda tümörün oluştuğu bölgede kalsifikasyon görülebilir.

Lezyonun altındaki kemik ile ilişkisi yoktur.

Tedavi ve Prognoz: Periferik odontojenik fibrom lokal cerrahi eksizyon ile tedavi edilir, prognozu çok iyidir ve rekürrens eğilimi yoktur.

Mikzom (odontojenik mikzom, odontojenik fibromikzom, mikzo-fibroma): Diş germinin mezenşimal kısmından (dental ligament, dental papilla, dental follikül) doğan bir tümördür.

Mikzomun odontojenik tümörler ile birlikte odontojenik mikzom olarak sınıflandırılması gerektiğini ve osteojenik mikzom ile aralarında farklar olduğu konusunda bazı araştırmacılar görüş bildirmişlerdir.

Bununla birlikte araştırmacıların büyük çoğunluğu ortopedik patolojik uygulamada ekstragnatik iskeletsel yapıda mikzomların görülmediğini, günümüzde bütün mikzomların odontojenik orjinli olduğunun düşünüldüğünü bildirmişlerdir.

Klinik Bulgular: Sıklıkla hayatın ikinci ve üçüncü dekadında görülür. Lezyonun 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülme ihtimali çok düşüktür. Bu lezyonların tanımlanmasında patognomatik bir bulgu yoktur. Küçük lezyonlar asemptomatik olabilir ve ancak rutin radyografik tetkiklerde tespit edilebilir. Daha büyük boyutlara ulaşan odontojenik mikzomlar çenelerde ekspansiyona ve kortekste yıkılıma sebep olabilir.

Cinsiyet ayrımı yapmayan ve her iki cinste eşit oranda görülen lezyon, çenelerde yerleşim yeri olarak mandibulada maksilladan daha sık meydana gelir. Mandibulada özellikle premolar – molar bölgeye yerleşirler. Seyrek olarak ramus ve kondilde de görülebilir. Maksillada ise genellikle sinüs ve zigomayı tutar. Maksiller sinüse yerleşen lezyonlar antrumu tamamen doldurabilir sinüs duvarlarını dışarı doğru iter ve eksoftalmiye neden olabilir. Mikzom, farklı birkaç vaka olmasına rağmen büyük oranda gömük veya olmayan bir diş ile alakalıdır.

Hızlı büyüyen bir lezyon değildir. Ağrı bazen görülebilir. Bazı vakalarda hızlı büyüme eğilimi görülmüştür, bu durum büyük ihtimalle tümörün içindeki miksoid yapının artmasına bağlıdır.

Radyografik Bulgular: Mikzom radyografide uniloküler ve multiloküler görünüm vermekle birlikte, büyük oranda multiloküler radiolüsent defektler halinde görülür. *Bal peteği* veya *tenis raketi* şeklinde görüntü verir. Mikzomlar kemiğe yayılır ve korteksi tahrip edebilir.

Dişlerde yer değiştirme sık, kök rezorpsiyonu ise çok az rastlanan bir bulgudur. Maksillar lezyonlar sıklıkla maksillar sinüse invazyon yapabilirler.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Tedavi ve Prognoz: Tedavisi cerrahi eksizyondur. Büyük alanlara yayılmış lezyonlar daha yaygın ve geniş bir alanı kapsayan rezeksiyona ihtiyaç duyarlar.

Mikzomlar benign lezyonlar olmalarına rağmen kapsüllü olmadıkları için çevre kemiğe invazyon yapma eğilimleri vardır, bu durum eradike edilmelerini güçleştirir ve nüks ihtimalini artırır. Yaklaşık % 25 vakada nüks görülmesine rağmen prognozu iyidir. Odontojenik mikzomlar radyosensitif değildirler.

Çok nadir olarak mikzomlar mikroskobik olarak atipik hücresel özellikler gösterirler. Bu lezyonlara miksosarkom adı verilir ve bunlar diğer mikzomlardan daha agresif bir klinik seyir izlerler, fakat uzak metastaz yaptıkları görülmemiştir.

Sementoblastoma (benign sementoblastoma, true cementoma) :

Bazı oral ve maksillo fasial patolojistler sementoblastomayı benign odontojenik tümör olarak tanımlarlar. 1930 yılında Norberg tarafından tanımlanmıştır.

Diğer bir grup patolojistler ise sementoblastomanın histopatolojik özelliklerinin bir kemik dokusu tümörü olan osteoblastoma ile aynı olduğunu ve bu grup lezyonlar içinde değerlendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Klinik Bulgular: Hemen her yaşta görülebilmeye rağmen, sıklıkla 25 yaş altı bireylerde oluşur ve cinsiyet ayırımı yapmaz. Mandibulada maksillanın üç katı daha fazla görülür. En yoğun görüldüğü bölge ise mandibular birinci molar diş bölgesidir. Bunları sementomalarla karıştırmamak gerekir. Sementomada klasifiye materyal diş kökünden separe olarak periapikal bölgede bulunur. Sementoblastomada ise proliferen olan doku yığını diş kökü sementi ile devam eder. Diş kökündeki sement dokusu ampül şeklinde görüntü oluşturur. Sementoblastoma nadiren süt dişlerinde de görülebilir. Çoğunlukla ağrısızdır. Ağrı bazen lezyonun mandibular sinir üzerine basması sonucu meydana gelebilen bir semptomdur. Lezyonla ilgili dişler vitaldir.

Lezyon yavaş büyür, kortikal kemikte ekspansiyona yol açabilir. Ağrı oluşmasına sebep olabilir fakat bu ağrı sementoblastomadan ziyade çürük gibi başka bir sebebe bağlanabilir.

Radyografik bulgular ayırt edicidir ve teşhiste etkilidir. Yuvarlak radyopak kitle ve etrafı genellikle uniform genişlikte radyolüsent bir kenarla çevrelenmiştir. Sementoblastomalar dişlerin kökü veya kökleriyle ilişkili olan kalsifiye kitleler halinde görülürler. Çoğu vaka mandibular 1. molar dişin kökü ile ilişkili olarak karşımıza çıkar. Bazı vakalarda diş kökünde sement dokusu ampül şeklinde büyümüştür. Süt dişlerinde nadir olarak görülür. Etkilenen kök veya kökler ile tümörün birleşmesi ve kök rezorpsiyonu sebebi ile dişlerin kök veya köklerinin sınırları belirlenemez.

Tedavi ve Prognoz: Sementoblastomanın tedavisi genellikle ilgili dişin kalsifiye kitleyle birlikte çıkarılmasıdır. Kitlenin kök amputasyonu ile çıkarılması ve dişin endodontik tedavisi de düşünülebilir.

Prognoz mükemmeldir ve tümörün total eksizyonundan sonra nüks görülmez. Bazen dişin çekimi sonrası tümörün büyüdüğü ve nüks gösterdiği vakalar vardır.

Odontojenik ektomezenşimli ve odontojenik epitelli “mixt” tümörler

Dental papile benzeyen bir hücresel ektomezenşimde proliferen olan odontojenik epitelin oluşturduğu mixt odontojenik tümörlerin bir kısmı mezenşimli epitel ile değişik derecelerde indükleyici etki gösterir, mine ve dentinin değişik miktarlarda oluşumuna yol açar.

Bu lezyonlardan bir kısmı non-neoplastik gelişim anomalileridir. “odontoma gibi” Bir kısmı gerçek neoplazmlardır. Diğerlerinin ise gelişimi bilinmez.

Neoplastik lezyonlar ve gelişim anomalileri sadece histopatolojik bulgularla ayırt edilemez. Bu ayrımı yapabilmek için lezyonlar klinik ve radyolojik özellikleriyle birlikte ele alınmalıdır.

Ameloblastik fibroma (soft mixed odontojenik tümör, soft mixed odontoma, fibro adamantoblastoma): Ameloblastik fibrom, mine veya dentin formasyonu meydana gelmeden önce hem epitelyal hem de mezenşimal dokuların kendiliğinden neoplastik proliferasyon göstermeleri ile karakterize, odontojenik orijinli mixt tümörlerden biridir.

Çok yaygın bir neoplazm olmayan ameloblastik fibrom bazı lezyonlarla karıştırılabilir, örneğin kompleks odontomanın immatür dönemi gibi değerlendirilebilir.

Klinik Bulgular: Ameloblastik fibrom genç insanlarda oluşma eğilimindedir. Lezyonların çoğu hayatın ikinci dekadında görülür. Orta yaş grubunda da karşımıza çıkabilir. Kadınlarda erkeklerden daha yaygındır.

Ameloblastik fibroma, % 70 gibi büyük bir oranla, ameloblastoma gibi mandibular molar bölgede görülür.

Ameloblastik fibromlar sıklıkla asemptomatikler ve ancak başka bir amaçla alınan radiografilerde tespit edilebilirler.

Trabeküler kemiğin içine infiltre olma eğiliminde olmayan ve yavaş büyüyen lezyon orta dereceli bir şişlik, ağrı ve bazen tümörün olduğu bölgede hassasiyete sebep olabilir.

Ameloblastik fibromlar bazen mandibulanın büyük bir alanını veya ramusu etkileyecek boyutlara ulaşabilir.

Radyografik Bulgular: Lezyon uniloküler veya multiloküler radiolüsenttir. Lezyonun sınırları sklerotik bir hatla çevrilmiş olabilir ve düzgündür. % 50 vakada gömük bir diş ile birlikte görülür. Bazen radyografik olarak önemli boyutlara ulaştığı görülür.

Tedavi ve Prognoz: Önceleri zararsız bir lezyon olduğuna inanılan ameloblastik fibromanın şimdilerde lokal eksizyon veya küretaj sonrası dikkate değer bir rekürrens riski olduğu rapor edilmektedir. Bu problemlerin bazıları neoplastik ameloblastik fibromların arasında gelişen odontoma gibi küçük lezyonların inklüzyonu ile alakalı olabilir.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Konservatif olarak çıkarılan ameloblastik fibromların yaklaşık % 20'sinde nüks görülmektedir. Bazı araştırmacılar eksizyondan sonra nüks gösteren lezyonların daha agresif davrandıklarını söylemektedirler.

Ameloblastik fibrosarkomların yaklaşık % 50'si ameloblastik fibromların rekürrens göstermesi sonucu meydana gelmektedir.

Ameloblastik Fibro-Odontoma : Genel özellikleriyle ameloblastik fibroma benzer, fakat lezyonun mine ve dentin içermesi bakımından farklılaşır.

Bazı araştırmacılar ameloblastik fibro-odontomanın, odontomanın bir gelişim safhası olduğunu ve odontomadan farklı bir lezyon olarak düşünülmemesi gerektiğini söylerler. Bazı vakalarda tümör progresif bir büyüme göstererek dikkate değer bir kemik yıkılımına ve deformitesine sebep olabilir.

Bu nedenle vakanın histopatolojik tetkikleri yapılmadan gerçek bir neoplazi veya odontomanın bir safhası olarak bir ayrıma gidilmesi doğru olmaz.

Klinik Bulgular: Ameloblastik fibro-odontoma büyük bir oranla çocuklarda karşımıza çıkar. 10 yaş ortalama yaş olarak kabul edilir. Erişkinlerde nadir olan tümör maksilla ve mandibulada eşit oranda görülür. Önemli bir cinsiyet ayrımı yoktur.

Lezyon genellikle asemptomatik ve gömük bir dişle alakalı olduğu için sürmeyen bir dişin sebebini araştırırken karşımıza çıkar.

Maksillada oluşan bazı lezyonlar maksillar sinüsü etkileyebilir. Ameloblastik fibro-odontoma ile ilgili en yaygın klinik bulgular kemikte ağrısız şişlik ve o bölgede yer alan dişin sürmesindeki başarısızlıktır.

Radyografik Bulgular: Tümör radiografide, çoğu vakada içinde veya kenarında sürmemiş bir diş olan, çevresi düzenli bir şekilde sınırlı, uniloküler veya bazen multiloküler radiolüsent bir görünüm verir. Bu radiolüsent görüntünün içinde diş yapılarının radyodensitesine benzer kalsifiye yapılar vardır. Ameloblastik fibro-odontoma içinde bulunan bu kalsifiye yapılar ya tek başına ve topaklaşmış bir şekilde görülen radyopak bir kütle şeklinde veya çok sayıda küçük opasiteler halinde görünürler.

Ameloblastik fibro-odontomaların bazıları çok az miktarda kalsifiye mine ve dentin matriksi içerirler ve bunlar çenelerde görülen diğer uniloküler radiolüsent lezyonlarla karıştırılabilirler. Bu lezyonda görülebilen başka bir ekstrem durum lezyonun içerdiği kalsifiye kütlenin çok büyük olması ve lezyonun etrafında yer alan radiolüsent hattın çok dar olarak görülmesidir.

Lezyonların çoğu 1-2 cm çapındadırlar, fakat aşırı derecede büyüyen, mandibulanın büyük bir kısmını etkileyen ve hatta ramusa yayılan lezyonlar görülmüştür.

Tedavi ve Prognoz: Lezyon kemikteki yerinden kolaylıkla ayrıldığı için ameloblastik fibro-odontoma genellikle konservatif küretaj ile tedavi edilir. Tümör iyi sınırlanmış olduğu için çevre kemiği istila etmez.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Prognoz çok iyidir. Rekürrens, konsevatif olarak çıkarılmasının ardından alışılmadık bir durumdur.

Konservatif küretajdan sonra çok çok nadir olarak ameloblastik fibrosarkom rapor edilmiştir.

Ameloblastik fibrodentinoma “Dentinoma” : Çok nadir olarak görülen dentinoma orijinini olgunlaşmamış bağ dokusundan, odontojenik epitelden, irregüler veya displazik dentinden alır.

Klinik Bulgular: Dentinoma büyük sıklıkla mandibulada özellikle mandibular molar bölgede ve sıklıkla gömük bir dişle birlikte görülür. Cinsiyet ayrımı yapmaz ve lezyonun görüldüğü hastalar genellikle gençtir.

Hastaların büyük kısmında hastalığın değişik periyotlarında şişlik oluşur.

Mukoza perforasyonuna ve bölgede sonradan gelişen enfeksiyona bağlı olarak ağrı görülür.

Radyografik Bulgular: Dentinoma radyolojik olarak spesifik bir bulgu vermez. Genellikle gömük bir diş ile birlikte görülür. Dentinomanın röntgen görünümünde radiolüsent bir alanın içersinde ya büyük bir radyoopak kütle veya çok sayıda düzensiz küçük kitleler vardır. Bu bulgular odontomayı veya ameloblastik fibro odontomayı andırır.

Bazı vakalarda az miktarda gerçek dentin oluşur veya bazen çok zayıf bir kalsifikasyon oluşabilir, bu nedenle radiolüsent alan içersinde olması gereken radiopasite görülemeyebilir.

Tedavi ve Prognoz: Dentinomada tedavi cerrahi eksizyon ve bölgenin tamamen küretajıdır. Bazı vakalarda lezyonun bağ dokusu bir kapsüle sahip olduğu görülmüştür. Operasyondan sonra bölgede dentinoma artıkları kalırsa rekürrens söz konusu olabilir.

Lezyon benigndir ve asla metastaz yapmaz, fakat tümör kemikte lokal tahribe sebebiyet verebilir.

Adenomatoid Odontojenik Tümör: Orijini:Lezyonun görülme sıklığı bütün odontojenik tümörler içersinde %3-7 arasındadır.

Bu lezyon ameloblastomanın bir varyantı olarak düşünüldüğü için adenomatoid odontojenik tümör olarak adlandırılmış olsa bile klinik özellikleri ve biyolojik davranışları ile kesinlikle farklı bir tümör olduğu gösterilmiştir.

Adenomatoid odontojenik tümör mine organı epitelinden doğan bir tümördür.

Adenomatoid odontojenik tümör bazı kaynaklara göre epitelyal odontojenik tümörlerle birlikte sınıflandırılır. Fakat tümörün çok büyük bir sıklıkla dentinoid materyalden oluşması (nadiren enamel matriks) akla odontojenik ektomezenşimden etkilenerek indüklenen bir epitelyal tümörü getirir.

Klinik Bulgular: Adenomatoid odontojenik tümör genç hastalarda daha sık olarak görülür. Vakaların üçte ikisi 10-20 yaşları arası görülür ve 30 yaş üzeri insanlarda pek

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

yaygın değildir. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla olarak görülen lezyon, maksilada mandibuladan üç kat daha sık olarak karşımıza çıkar.

Adenomatoid odontojenik tümörlerin çoğu oldukça küçük lezyonlardır. Bu lezyonlar nadiren 3cm'den daha büyük boyutlara ulaşırlar. Genellikle asemptomatik lezyonlardır. Fakat bazen ilgili bölgede şişlik yapabilirler.

Adenomatoid odontojenik tümörler sıklıkla asemptomatiktir ve olmayan bir dişin sebebini incelerken veya başka amaçlar için alınan radiografilerde tespit edilirler. Büyük boyutlara ulaşan lezyonlar ise kemikte ağrısız şişlik sebebi olurlar.

Bu tümörün ekstraosseöz (periferik) formuna nadir olarak rastlanabilmektedir. Periferik form genellikle maksillanın facial yüzünde görülen, küçük, dokuya oturmuş, sapsız kütlelerdir. Klinik olarak bu lezyonlar diğer gingival fibröz lezyonlardan ayırt edilemez.

Radyografik Bulgular: Vakaların %75'inde tümör gömülü bir dişin kuronunu içine alan (bu diş sıklıkla kanindir) bir radiolüsent bölge olarak görülür. Folliküler tip adenomatoid odontojenik tümör olarak adlandırılan lezyonun bu şeklini, radiografik olarak daha yaygın olarak görülen dentigeröz kistlerden ayırmak mümkün değildir.

Daha az sıklıkla da olsa adenomatoid odontojenik tümör çok iyi sınırlanmış bir şekilde ve gömük bir diş ile alakası olmadan sürmüş olan iki dişin arasında görülür. Tümörün bu şekli ise ektrafolliküler adenomatoid odontojenik tümör olarak adlandırılır.

Adenomatoid odontojenik tümör sıklıkla tamamen radiolüsenttir, fakat bazen tümör radiografide küçük kalsifikasyonlar içerebilir. (snowflake) Bu özellik dentigeröz kist ve lezyona benzer görünüme sahip diğer kistlerle adenomatoid odontojenik tümörün differansiyel diagnozunda yardımcı olur.

Lezyonun radiografisinde komşu dişlerde yer değiştirme, köklerin birbirinden ayrılması sık rastlanan bulgulardır. Kök rezorpsiyonu ise nadir olarak görülür.

Tedavi ve Prognoz: Adenomatoid odontojenik tümör benign olan bir lezyon olduğu için kemikten enükleasyonu çok kolaydır. Agresif davranışları yoktur. Prognozu çok iyidir ve enükleasyondan sonra rekürrens çok nadirdir.

Odontoameloblastoma (ameloblastik odontoma, Soft and Calcified Odontoma) : Nadir olarak rastlanan odontojenik tümörlerden biri olan Odontoameloblastoma; bünyesinde ameloblastoma komponentleri ve odontoma benzeri elementleri birlikte bulundurur.

Bu lezyon ameloblastoma ile odontomanın aynı anda oluşmaları ile karakterize olan bir odontojenik neoplazmdir.

Klinik Bulgular: Az görüldüğü için hakkında çok az bilgi olan ve herhangi bir yaşta rastlanabilen bu tümöre sıklıkla gençlerde rastlanır.

Mandibulada maksilladan daha fazla meydana gelir. Etkilenen kemikte ekspansiyon oluşur. Yavaş büyüyen lezyon tedavi edilmeden kalırsa önemli ölçüde

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

fasial deformiteye ve asimetriye yol açar. ameloblastik odontomada orta derecede ağrı ve diş sürmesinde gecikme meydana gelir.

Radyografik bulgular: Tümör içinde kalsifiye yapılar bulunduran, tahripkar bir süreç ile birlikte radiolüsent bir görünümündedir. Lezyon kemik yıkılımına ve kortikal kemikte ekspansiyona sebep olur. Tümörün içinde bulunan ve dişlerin radiodensitesinde olan radyopak kütleler bazı lezyonlarda küçük ve çok sayıdadır. Bu kütleler bazen minyatür dişlere benzeyebilirler.

Bazı lezyonlarda bu kalsifiye yapılar tek, düzensiz ve büyük bir radyopak kütle halindedir. Bu görünümü ile kompleks komposit odontomaya benzerler.

Tedavi ve Prognoz: Odontoameloblastomanın tedavisi, hakkındaki vaka raporlarının azlığı sebebi ile tartışmalıdır. Gösterdiği biyolojik potansiyel ile ameloblastomaya benzeyen odontoameloblastoma lokal olarak kürete edildikten sonra multiple rekürrens gösterebilir. Bu sebeple lezyon ameloblastoma ile aynı yolla tedavi edilmelidir. Uzun süreli bir hasta takibi bugüne kadar tam olarak yapılamadığı için tümörün prognozu hakkında bugün için yeterli bilgi yoktur.

Kalsifiye odontojenik kist: Çenelerde görülen kistler bölümünde anlatıldı

Odontoma : Odontoma terimi bir tanımlamadır ve aslında odontojenik orijinli olan herhangi bir tümörden bahsederken kullanılabilir.

Odontoma terimi geleneksel anlamda ise, mine ve dentini oluşturan fonksiyonel ameloblast ve odontoblastların diğer anlamı ile hem epitel hem de mezenşim hücrelerinin birlikte farklılaşma gösterdiği büyümeyi tanımlamak için kullanılır.

Odontomalar bilim adamlarının çoğu tarafından gerçek bir neoplaziden ziyade gelişim anomalisi (hamartoma) olarak kabul edilirler. Gelişimlerini tamamlayan odontomalar büyük oranda mine, dentin ve bir miktar pulpa ve sement dokusu içerirler.

Bu tümörlerin erken gelişim devrelerinde odontojenik epitelin ve mezenşimin çeşitli miktarları mevcuttur.

Odontomanın etyolojisi kesin bilinmemekle birlikte lokal travma veya enfeksiyonun bu lezyonun ortaya çıkmasında rol oynadığı ileri sürülmektedir.

Odontomalar bütün odontojenik tümörlerin en yaygın görülenidir ve odontomanın prevalansı diğer tüm odontojenik tümörlerin toplamından fazladır. Büyük çoğunlukla daimi dişlerle birlikte. Süt dişleri ile birlikte çok ender görülür.

Odontomalar, kompozit odontoma ve kompleks odontoma olmak üzere ikiye ayrılır.

Kompozit odontoma: Odontogenesis sırasında mine, dentin, pulpa ve sement dokularının organize olarak çok sayıda, küçük diş benzeri yapılar içerir.

ODONTOJENİK TÜMÖRLER

Kompleks odontoma : Odontogenesis sırasında mine, dentin, pulpa ve sement dokularının organize olmadan bir araya gelerek diş benzemeyen düzensiz bir yapı oluştururlar. Bu lezyonlar diş yapılarına anatomik olarak benzemeyen radyoopasiteler içerir. Bu radioopasiteler yığılmış irregüler mine ve dentindir.

Bazı odontomalar her iki tipin özelliğini de gösterebilir. Her iki odontomada aynı sıklıkta görülür fakat kompoun tipin daha yaygın olarak görüldüğünü söyleyen araştırmacılar da vardır.

Klinik Bulgular: Çoğu odontoma hayatın ilk iki dekadında ortaya çıkar. Odontomaların çoğu tamamen asemptomatiktir, rutin radyografik muayenelerde veya sürmemiş bir dişin sürmemesi sebebinin araştırılması gerekir.

Odontomaların çoğu küçüktür ve yerleştikleri bölgedeki dişin boyutlarını nadiren aşarlar. Buna rağmen çok az da olsa 6 cm ve hatta daha büyük boyutlarda odontomalara rastlanmıştır. Büyük boyutlara ulaşan odontomalar çenelerde ekspansiyona sebep olurlar.

Odontomalar maksillada mandibuladan daha sık oluşurlar. Her iki tip odontomada çenelerde herhangi bir bölgede oluşabilirler, fakat kompoun komposit odontoma anterior mandibulada, kompleks komposit odontoma ise her iki çenenin molar bölgesinde daha sık görülür.

Radyografik Bulgular: Odontomaların radyografik görünimleri karakteristiktir ve çoğu lezyon asemptomatik olduğu için genellikle rutin radyografik tetkiklerde tespit edilirler.

Kompoun odontoma çeşitli diş benzeri yapıların bir yığını gibidir. Diş benzeri bu yapıların etrafı dar bir radiolüsent alan ile çevrilmiştir.

Kompleks odontoma etrafı radiolüsent bir hat ile çevrili diş yapılarının radiodensitesinde kalsifiye bir kütle görünümü verir.

Odontomalar sıklıkla sürmemiş bir diş ile alakalıdır ve odontoma bu dişin sürmesine engel olur. Bazen sürmüş bir dişin kökleri arasında oluşan küçük odontomalar dişin sürmesine engel olmazlar.

Radyografik bulgular genellikle odontomaların tanınmasında yardımcı olur.

Özellikle kompoun komposit odontoma nadiren başka bir lezyon ile karıştırılır.

Tedavi ve Prognoz: Tedavisi lokal eksizyondur ve bu lezyonlar cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra rekürrens göstermemektedir.

Prognozu çok iyi olan bu lezyonlarda dikkat edilecek husus, hem ontoameloblastomaya hem de ameloblastik fibro odontomaya radyografik olarak büyük benzerlik göstermeleridir. Bu sebeple oral patolojistlerin çoğunluğu bütün odontomaların mikroskopik tetkikten geçirilmesi gerektiğini söylemektedirler.

MALİGN TÜMÖRLER

Odontojenik karsinomlar:

Malign Ameloblastoma ve Ameloblastik Karsinoma: Malign davranışlar ve metastatik gelişim oranı bütün ameloblastomalarda % 1' den çok daha az bir oranda görülür.

Malign ameloblastoma ve ameloblastik karsinom terimleri terminolojisi tartışmalıdır. Çoğu bilim adamı malign ameloblastoma terimini gerçek malign davranışlar gösteren, metastaz oluşturan ve metastatik lezyonları primer tümörden önemli histolojik farklılıklar göstermeyen ameloblastoma için kullanırlar.

Diğer taraftan metastatik tümör primer ameloblastomaya benzer ve histolojik transformasyon yoktur.

Ameloblastik karsinoma terimi ise, tümörün epitelyal tabakasında histolojik olarak aşıkarn malign transformasyonu olan, devamlı malign davranışlar sergileyerek metastatik lezyonların primer odontojenik tümöre benzemek yerine, farklı bir karsinomaya "genellikle epidermoid karsinom" benzeyen lezyonlar için kullanılır.

Klinik Bulgular: Malign ameloblastoma hemen her yaşta görülebilir. Ameloblastomanın başlangıç tedavisi ile ilk metastatik bulgu arasında geçen süre 1 ile 30 yıl arasında değişir.

Ameloblastomalardan metastaz sıklıkla aspirasyon veya implant metastazı şeklinde akciğerlerde görülür. Servikal lenf nodları ameloblastoma metastazlarının sık görüldüğü 2. alandır. Ayrıca vertebralar, diğer kemikler ve iç organlarda da metastaz görülmüştür.

Radyografik Bulgular: Malign ameloblastomanın radyografik bulguları esas olarak non-metastatik ameloblastoma ile aynıdır.

Ameloblastik karsinomalar ise sıklıkla daha agresif lezyonlar olduklarından radyografik olarak sınırları düzensiz ve kortikal yıkılım gösteren radiolüsent alanlar halindedirler.

Tedavi ve Prognoz: Malign ameloblastomada prognoz kötüdür. Vakalara ait dökümanların azlığı sebebi ile uzun süreli takipler hakkında kesin ve gerçekçi bilgi yoktur. Tespit edilen vakaların %50' sinin ölümle sonuçlandığı görülmüştür.

Ameloblastik karsinom klinik olarak agresif bir seyir izler. Çenede kortikal plak perforasyonuna gidebilen bir kemik harabiyeti oluşturabilir. Komşu yumuşak dokulara genişler ve buralarda da harabiyet oluşturabilir.

Tedavide radikal cerrahi ve radyoterapi uygulanır.

Primer intraosseöz karsinoma: Çene kemiği içerisindeki odontojenik epitel artıklarından gelişen yassı epitel hücreli karsinomadır.

Diğer odontojenik epitelyal tümörlerin malign şekilleri ve odontojenik kist epitellerinden malign değişiklikler: Ameloblastomanın malign şekli olabildiği gibi diğer odontojenik tümörler ve kalsifiye odontojenik kistlerde de malignite görülebilmektedir. Özellikle keratinizasyon gösteren odontojenik kistlerin epiteline malign değişiklik gözlenebilir. Ancak diğer kist epitellerinden malign tümör gelişme olasılığı çok azdır.

Odontojenik sarkomlar

Ameloblastik Fibrosarkom “ameloblastik sarkom” : Ameoblastik fibromun malign şeklidir. Tümörün malign davranışlarını mezenşimal bölüm sergiler. Ameloblastik sarkom çok çok nadir görülen bir tümördür.

Daha önceleri ameloblastik fibrom veya ameloblastik fibro-odontomdan doğduğuna inanılan lezyonun son zamanlarda yapılan araştırmalar sonucu kendiliğinden doğduğunu gösteren bulgulara rastlanıldığı söylenmektedir.

Klinik Bulgular: Erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla oluşur, daha çok genç hastalarda oluşma eğilimindedir. Vakaların %75'i mandibulada oluşur.

Hızlı büyüyen lezyon, tamamen ağrılıdır. Şişlik, kemik yıkımı ve diş kaybı çok sık rastlanan bulgulardır. Ayrıca lezyonun üzerini örten mukozada ülserasyon ve kanama rapor edilmiştir.

Radiyografik Bulgular: Malign bir süreç olduğunu gösteren kenarları düzensiz, tahripkar bir radiolüsent lezyon vardır. Şiddetli kemik yıkımı, çok genişlemiş ve incelmış kortikal kemik görülür.

Maksillar lezyonlar maksillar sinüsü etkileyecek kadar büyüyebilirler.

Bu radyografik görüntüler bu lezyon için spesifik değildir, çoğu malign ve yıkıcı neoplazmlarda aynı görüntü vardır.

Tedavi ve Prognoz: Ameloblastik fibrosarkom tanısı konduktan sonra tek tedavi metodu radikal cerrahi eksizyondur. Küretaj veya lokal eksizyon hızlı bir nüksüde beraberinde getirir.

Tümör komşu kemikte ve yumuşak dokuda lokal agresif ve infiltratiftir.

Uzun vadeli prognozunu ortaya çıkarmak önceden yapılmış olan araştırmaların çok az olması nedeniyle zordur. Fakat hastalığın şekli ve eldeki veriler göz önüne alındığı zaman, hem bölgesel hem uzak metastazı olan ameloblastik fibrosarkomlu hastalarda prognoz çok kötüdür.

Hastaların çoğu bu hastalıktan dolayı ölüme mahkumdur.

Bu tümörlerde displastik dentin (dentinoid) benzeri alanlar varsa **ameloblastik fibrodentinosaarkom** terimi kullanılır. Bütün bunlara ilave olarak mine matriksi görünümünde alanlar da mevcut ise, **ameloblastik odontosarkom** terimi kullanılır.

Çene kemiklerinde görülen hiperplaziler:

Torus palatinus: *Klinik bulgular:* Kadınlarda erkeklere nazaran yaklaşık iki kat daha sık rastlanır. Her yaşta görülmekle birlikte sıklıkla 30 yaşın altındaki şahıslarda görülür. Sert damağın orta hattında yavaş büyüyen, nodüler veya lobüler lezyondur. Lezyonun üzerini örten mukoza normaldir. Ancak mukoza gerildiği için beyaz renkte görülür. Çeşitli nedenlerle travmaya uğradığı zaman ülserleşir. Protez yapılacağı zaman lezyonun çıkartılması gerekir.

Radyografik Bulgular: Damağın orta hattında yer alan torus palatinus periapikal veya panoramik radyografilerde maksiller dişlerin kökleri üzerine süperpoze olur ve bu kısımlar radyopak görülür. Torus palatinus okluzal radyogramlarda orta hatta posterior bölgede sınırları belirgin bir opasite verir .

Torus Mandibularis: Torus palatinustan daha az sıklıkta görülür. Mandibulanın lingual yüzünde, mylohyoid çizgi üzerinde oluşan lezyonlardır. Bunlar tek bir lezyon şeklinde veya multiple olabilirler. Ayrıca unilateral tipleri olabildiği gibi çoğunlukla bilateral ve özellikle premolar bölgede görülürler. Bunların büyüklükleri de farklılık gösterir. Cinsiyet farkı gözetmezler. Konuşmada güçlük çıkarabilirler. Protez yapılacağı zaman lezyonun çıkartılması gerekir.

Radyografik muayenede periapikal radyogramlarda torus mandibularisin radyopak görüntüsü premolar ve molar dişlerin kökleri üzerine süperpoze olur. Okluzal radyogramlarda mandibulanın lingual yüzünde homojen opasite görülür .

Eksostozlar : Küçük eksostozlar maksiller alveolar çıkıntının fasial yüzünde, vestibüler mukoza ve gingival ataşman arasında ve genellikle kaninle-molar bölgelerde görülürler. Bunlar torus palatinus ve torus mandibularisten daha az sıklıkta görülür, tek veya multiple olabilirler. Nadiren büyük boyutlara ulaşabilirler. Şekilleri nodüler, sap şeklinde veya düz'dür. Kemik yüzeyinde bulunurlar. Üzerindeki mukoza normaldir. Mukoza gerildiği için rengi biraz soluk görülebilir.

Radyogramda eksostozlar genellikle etrafı sınırlı, düz konturlu radyopak oluşumlar şeklinde görülürler.

Endostozlar: Endostozlar, eksostozların internal tipleridir. Bunlar kemiğin iç kısmında yoğunluk kazanırlar, mandibulada maksilladan daha sık görülürler ve çoğunlukla premolar-molar bölgeye yerleşirler. Lezyon asemptomatiktir.

Radyogramda çoğunlukla sınırları belirgin, bazen de diffüz bir radyoopasite gösterir.