

KALSİFİYE EPİTELYAL ODONTOJENİK TÜMÖR (PİNDBORG TÜMÖRÜ)

Erdoğan N. (*) • Ertürk M.S. (**) • Öztop F. (***)

ÖZET: Sol maksilla premolar bölgede lokalize Pindborg tümörü olgusunu, seyrek rastlanan odontojenik tümör olması nedeniyle bildirmeyi uygun gördük.

ANAHTAR KELİMELEER: Pindborg tümörü, Amiloid, Odontojenik tümör.

SUMMARY: We report a rare case of Pindborg tumor (calcifying epithelial odontogenic tumor) which localized at premolar region in maxilla.

KEY WORDS: Pindborg tümörü, Amiloid, Odontojenik tümör.

GİRİŞ

Pindborg tümörü ilk kez 1946'da Thoma ve Goldman tarafından adenoid adamantoblastom terimi ile sunulmuştur. Ancak ilk tanımlama "kalsifiye epitelyal odontojenik tümör" olarak 1955'de Pindborg tarafından saptanan olgu için yapılmıştır (6). Bundan önceki olgularda sinonim olarak kalsifiye ameloblastom, malign odontoma, enameloma, adamantinoma terimleri de kullanılmıştır (4,5,6).

Odontojenik tümörler içinde üçüncü (% 0,17) sıklıkla rastlanmaktadır (5). Genellikle 3. ve 6. dakadlarda gözlenmektedir. 3. dakadda hafif pik göstermektedir. Ortalama yaş 40, 41 kemik dışı olgularda 31,4 saptanmıştır. Çocuklarda saptanmamıştır (1). % 49 olgu erkek, % 51 olgu kadın cinsiyeti bildirilmektedir. Genellikle cins dağılımı eşitlik göstermektedir. Şu ana kadar literatürde 113 olgu sunulmuştur.

Ayrıca literatürlerde 3 kombine (adenomatoid ve kalsifiye epitelyal) odontojenik tümör olgusu da bildirilmiştir (2).

Eski olgu bildirimlerinde premolar lokalizasyon, yeni olgularda ise molar lokalizasyon sık bildirilmektedir. Mandibula / Maksilla oranı = 2/1, Molar / Premolar oranı = 3/1 olarak bildirilmektedir (5,7).

Klinik olarak ağrısız yavaş büyüyen, lokal invazyon yapan kitle oluşturmaktadır. Radyolojik olarak grafide kiste benzeyen iyi sınırlı, radyolusen görünüm ve bu alanda yer yer kireçleşmeler şeklinde izlenmektedir (1,4,5,9).

Histopatolojik olarak; tümör iyi sınırlı, pleomorfik nüveli, eosinofilik stoplazmalı epitelyal elemanlardan oluşmaktadır. Nükleoller belirgin olup mitotik figür seyrek görülür. Çok köşeli hücreler kordon ve kümeler oluşturmaktadır. Arada eosinofilik bağ dokusu stroma vardır. Dejenere epitelyal hücre alanları, kireçleşmeler (konsantrik Liesegangis halkaları) görülmektedir (1,2,4,5,8,9).

Histokimyasal olarak intra ve ekstraselüler amiloid pozitifliği saptanmaktadır (Kongo-Red boyalı preparatlarda polarize ışık mikroskopisinde sarı-yeşil floresans, Krezyl-violet boyama ile metakromazi) (2,3,5,7,8,9). Literatürde amiloid için boyanma uygulanan 30 olgunun 21'inde pozitiflik bildirilmiştir (5). Amiloid pozitif olgularda sistemik amiloidoz görülmemiştir (8).

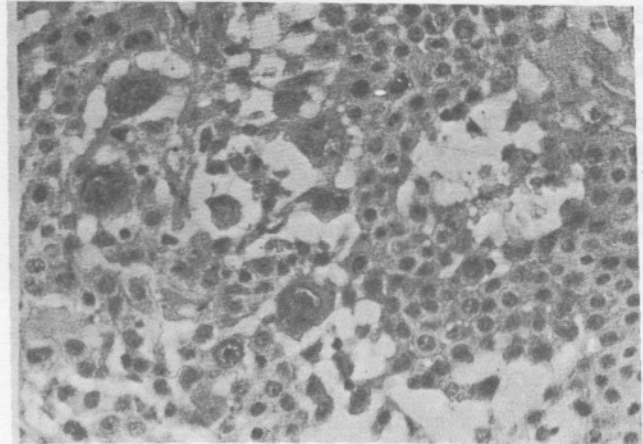
Histogeneze yönelik ultrastrüktürel çalışmalarda, hücrelerde üç tip fibril saptanmıştır. Epitelyal hücrelerin mine epiteliinden köken aldığı düşünülmektedir (3,4,6,9). Amelob-

lastomdan farklı olarak silendirik preameloblast ve yıldızsi retikulum gözlenmemiştir (1,5,9). Amiloid varlığının kökeni henüz tam aydınlatılmamıştır (5). Ancak tümör hücrelerinin dejenerasyonu ile amiloid benzeri madde oluşumu ve bunun da kalsifikasyona öncülük ettiği düşünülmektedir (8).

Ayırıcı tanıda; histopatolojik olarak amiloid pozitifliği ve kireçleşmeler nedeniyle ameloblastomdan farklı olduğu kesin gözlemlenmektedir. Hücresel görünüm ilk gözlemde skuamöz karsinom ve hatta adenokarsinom gibi algılanabilir (2,7,9). Histopatolojik olarak pleomorfizm dışında malignancy bulgusu yoktur (6). Klinik gidişi ameloblastoma benzer. Ancak daha az agresiftir. Lokal nüks yapabilmektedir (% 14). Metastaz görülmemiştir. Belirgin histopatolojik pleomorfizme rağmen malign değildir. Tedavisinde de ameloblastomda uygulanan şekilde radikal cerrahi uygun görülmüştür (4,5).

OLGU

Olgu; R.B. 32 y. erkek, yaklaşık iki yıl önce başlayan ve yavaş büyüme gösteren sol maksilla premolar bölgede lokalize şişlik nedeniyle diş kliniğine başvurmuştur. Cerrahi rezeksiyon sonrası 3x3x1,5 cm. ölç. de kapsüllü izlenimi veren elastik kıvamlı parlak beyaz renkli gözenekli yapıda



1- Mikrofoto A: Pleomorfik nüveli, eosinofilik stoplazmalı epitelyal elemanlar, dev hücreler (H.E.x250).

* Kartal Devlet Hastanesi Patoloji Başasistanı

** İzmir Mevki As. Hast. Diş Kliniği Direktörü

*** Ege Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Öğr. Gör.



2- Mikrofoto B: Dejenere epitelyal hücreler, kireçleşme (Konsantrik "Liesegang" halkaları) (H.E.x65).

tümöral doku görülmüştür.

Parafin bloklardan hazırlanan H.E. boyalı preparatların ışık mikroskopisinde; tümör dokusu, iri hiperkromatik pleomorfik nüveli, eosinofilik stoplazmalı epitelyal elemanlardan oluşmaktaydı (Mikrofoto A). Tümör hücreleri iyi sınırlı olup kordon ve kümeler oluşturmaktaydı. Stroma bağ dokusu yer yer ödemli olup arada eosinofilik materyal içermekteydi. Bazı alanlarda kireçleşmeler izleniyordu (Mikrofoto B).

Histokimyasal olarak; Krezyl-violet boyalı taze preparatlarda ışık mikroskopisinde metakromazi veren madde varlığı, Kongo-Red boyalı preparatlarda ise polarize ışık mikroskopisinde sarı-yeşil refle saptadık (Mikrofoto C).

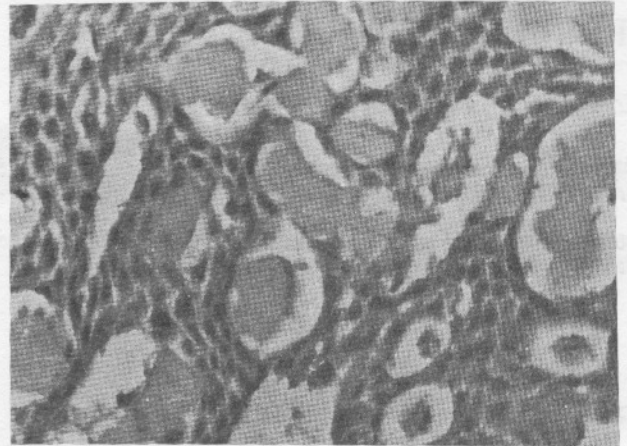
Olgunun radikal cerrahi sonrası kontrolünde (1 yıllık gözlem) tümör yeri onarımı iyi görüldü ve radyolusen alanda klinik, radyolojik olarak nüks saptanmadı.

İRDELEME:

Olgumuz; Klinik, radyolojik ve histopatolojik tüm özellikleri yönünden literatürde tanımlanan kalsifiye epitelyal odontojenik tümör (Pindborg Tm.) ile uyumlu görülmüş ve tümörde amiloid pozitifliği saptanmıştır. Tanıdan bu yana bir yıllık gözlem süresince klinik ve radyolojik olarak sağlıklı olduğu izlenmiştir. Nüks görülmemiştir.

Bu tür olgularda histopatolojik olarak belirgin pleomorfizm saptanmakla birlikte klinik olarak lokal invazyon ve seyrek nüks gözlenmektedir. Pindborg tümörü malign lezyon olmayıp metastaz bildirilmemiştir (6,7). Tedavisinde radikal eksizyon yeterli olmaktadır. Amiloid varlığının histogenezini henüz tam kesinlik kazanmamıştır.

Kanımızca bu tür olguların histogenez ve klinik gidiş yö-



3- Mikrofoto C: Histokimyasal olarak intra-ekstraselüler amiloid saptanan alanlar (H.E.x250).

nünden daha çok aydınlatılabilmesi için uzun süreli gözlem ve olgu birikimine gereksinim olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Abrams, A.M. and Howell, F.V.: Calcifying epithelial odontogenic tumors: report of four cases. J. Amer. Dent. Ass. 74: 1231-1240, 1967.
2. Bingham, R.A. and Adrian, J.C.: Combined epithelial odontogenic tumor and calcifying epithelial odontogenic tumor. J. Oral Maxillofac. Surg. 44: 574-577, 1986.
3. Chaudhry, A.P., Hanks, C.T., Leifer, C. and Gargiulo, E.A.: Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor. A histochemical and Ultrastructural Study, Cancer 30: 519-529, 1972.
4. Chaudhry, A.P., Holte, N.O. and Vickers, R.A.: Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor; Report of a case, Oral Surg, Oral Med. and Oral Path. 15: 843-848, 1962.
5. Franklin, D.C., Pindborg, J.J.: The Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor: A review and analysis of 113 cases. Oral Surg. 42: 753-765, 1976.
6. Pindborg, J.J.: A Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor, Cancer 2: 838-843, 1958.
7. Vap, D.R., Dahlin, D.C. and Turlington, E.G.: Pindborg Tumor: the so-called calcifying epithelial odontogenic tumor. Cancer 25: 629-636, 1970.
8. Vickers, R.A., Dahlin, D.C. and Gorlin, R.J.: Amyloid Containing Odontogenic Tumors. Oral Surg. 20: 476-480, 1965.
9. Weathers D.R.; Oral Cavity and Jaws in Karcioğlu, Z.A., Someren, A.: Practical Surgical Pathology, by D.C. Heath and Company. Lexington, Massachusetts, Toronto, pp 174-176, 1985.