

## گزارش مورد:

## درمان محافظه کارانه آمولوبلاستوما: گزارش یک مورد و مروری بر مقالات

دکتر فرزین سرکارات<sup>۱</sup>، دکتر محمد حسین کلاتر معتمد<sup>۲</sup>، دکتر علیرضا توتونچیان<sup>۳</sup>، دکتر علیرضا مدرسی<sup>۳#</sup>، دکتر صالح مرتضایی<sup>۴</sup>

۱- استادیار و مدیر گروه جراحی دهان و فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات مجمه وفک و صورت

۲- استاد گروه جراحی دهان و فک و صورت - عضو مرکز تحقیقات مجمه وفک و صورت

۳- دستیار تخصصی گروه جراحی دهان و فک و صورت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دندانپزشکی تهران

۴- دندانپزشک

## خلاصه:

آمولوبلاستوما شایعترین تومور ادنتوژنیک اپی تلیالی بعد از ادنتوما در ناحیه دهان و فک و صورت است که دارای نمای هیستوپاتولوژی خوش خیم ولی مهاجم است. قبل از تصمیم گیری در مورد درمان ضایعه بایستی رفتار کلینیکی، انواع هیستوپاتولوژی، موقعیت ضایعه، سن و جنس بیمار همچنین دسترس بودن بیمار برای پیگیری های بلند مدت مورد ارزیابی قرار گیرد. هدف از این گزارش، توصیف بیماری است که به روش محافظه کارانه تحت درمان قرار گرفت.

**گزارش مورد:** بیمار دختری ۱۶ ساله بود که به دنبال تورم داخل دهانی در سمت راست تنه مندیبل مراجعه کرد. مخاط پوشاننده محل سالم بود. جابجایی دندان های پرمولار سمت راست دیده می شد. در بررسی رادیوگرافیک ضایعه ای رادیولوسنت و چند حجره ای بدون حاشیه مشخص همراه مولر سوم نهفته که به شدت جابجا شده بود دیده می شد. اسپیراسیون ضایعه منفی بود و بیوپسی انسیژنال تومور آمولوبلاستوما پلکسی فرم را تایید کرد. ضایعه به روش انکلوشن همراه با کورتاژ انجام شد، در گزارش پاتولوژی حاشیه ها پاک بودند. پی گیری ۶ ماهه نشان از عدم وجود ضایعه داشت. سه عدد ایمپلنت جهت بازسازی ناحیه پره مولرها انجام شد و پس از دو سال پی گیری، بیمار در سلامت کامل به سر برده و ایمپلنت ها در شرایط مناسب بودند.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد درمان محافظه کارانه آمولوبلاستوما در افراد جوان، با پیگیری منظم و عدم درگیری حاشیه های جراحی می تواند موجب کاهش مشکلات درمان های گسترده و رادیکال باشد.

**کلمات کلیدی:** آمولوبلاستوما، درمان محافظه کارانه جراحی بازسازی کننده

پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۱۹

اصلاح نهایی: ۹۴/۳/۱۷

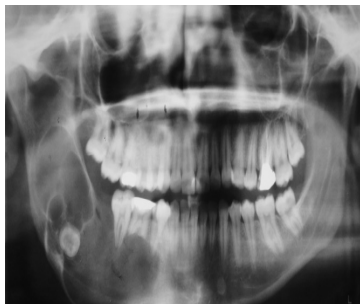
وصول مقاله: ۹۴/۲/۶

## مقدمه:

شایعترین نوع آمولوبلاستوما Solid / multicystic می باشد ولی آمولوبلاستوما محیطی و Unicystic کمتر شایع می باشند. طبق نظریات اخیر در صورتیکه در انواع Solid , multicystic درمان موضعی همراه با کورتاژ یا انکلوشن صورت پذیرد ضایعه بصورت موضعی بسیار مهاجم خواهد بود و احتمال عود آن بالا می باشد.<sup>(۲)</sup> آمولوبلاستوما Unicystic دارای خصوصیات کمتر تهاجمی است و می تواند بصورت انکلوشن و یا کورتاژ درمان شود.<sup>(۲،۳)</sup>

حفظ کیفیت زندگی بدنبال رزکسیون بسیاری از ضایعات پاتولوژی از نکات مورد بحث در تحقیقات است. از جمله

آمولوبلاستوما یک تومور ادنتوژنیک اپی تلیالی با رشد آهسته است که اولین بار توسط Koning توصیف شد. آمولوبلاستوما شایعترین تومور خوش خیم موضعی است که در صورتیکه درمان کافی نباشد پتانسیل عود را ، دارد موارد کمی از بدخیمی و متاستازهای دوردست گزارش شده است.<sup>(۱)</sup> نمای غربالگری پانورامیک از فکین که توسط پزشکان گرفته می شود یکی از مراحل اولیه شناسایی بسیاری از ضایعات پاتولوژیک می باشد.<sup>(۱،۲)</sup>



شکل ۱- رادیولوژی مولتی لاکولار بزرگ در نمای پانورامیک

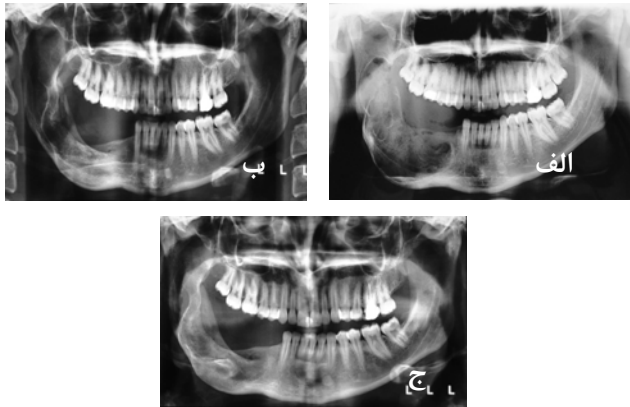
در بررسی CBCT، یک ضایعه‌ای expanded رادیولوژیست با ابعاد  $۵۶/۴ \times ۲۵/۷$  میلی متر همراه کورتکس باکالی، لینگوآلی و بوردر تحتانی مندیبل نازک مشاهده شد (شکل ۲ الف و ب) تشخیص های افتراقی برای این ضایعه کیست دنتی ژروس آملوبلاستوما و کراتوسیستیک ادنتوژنتیک تومور بودند. آسپیراسیون ناحیه انجام شد که منفی بود و گزارش پاتولوژی بیوپسی Incisional نشان داد که ضایعه آملوبلاستومای توپر (Solid) از نوع پلکسی فورم می‌باشد. درمان این تومور، با رزکسیون مارجینال یا Partial مندیبل درمان شود.<sup>(۵)</sup> ولی بدلیل ناتوانی و دفرمیتی که این درمان ایجاد می‌کند و کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد و همچنین بدلیل عدم پذیرش والدین بیمار برای عمل رزکسیون وسیع، ما تصمیم به enucleation ضایعه همراه با کورتاژ کافی گرفتیم همچنین به بیمار در موارد نیاز به پیگیری و نظارت دقیق اطلاع رسانی شد.

در پروسه جراحی، پرفوراسیون کورتیکال مشاهده نشد. ضایعه بطور کامل خارج گردید و آستکتومی محیطی بصورت کامل انجام شد. استخوانهای اطراف ضایعه به نظر سالم می‌رسیدند و استخوان بوردر تحتانی مندیبل متراکم بوده و کیفیت خوبی در مشاهده و لمس داشت. تمامی دندانهای خلفی سمت راست مندیبل به دلیل درگیری ریشه های آن با ضایعه خارج گردید. عصب آلوئولار تحتانی به سمت پایین فشرده شده و کورتکس کانال دست نخورده بود. بعد از شستشو با پراکسید هیدروژن مایع، مش جراحی آغشته به پماد تتراسایکلین در محل جراحی

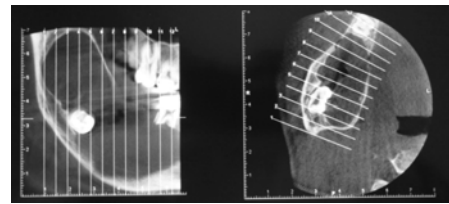
مشکلات موثر بر کیفیت زندگی نحوه غذا خوردن، صحبت کردن، ظاهر افراد و کنترل بزاق می‌باشد.<sup>(۴)</sup> تعدادی از مطالعات درمان محافظه کارانه آملوبلاستوما را توصیه می‌کنند و در مقابل آن بسیاری از آنها اصرار به درمانهای رادیکال و رزکسیون وسیع فک همراه با بوردر امن متوسط  $۴/۵$  میلی متری در محدوده هیستولوژیک تومور و فراتر از نمای رادیولوژیک آن پیشنهاد می‌کنند.<sup>(۲)</sup>

### گزارش مورد:

در تابستان ۱۳۹۰، یک دختر ۱۶ ساله که به لحاظ سیستمیک سالم بود توسط دندانپزشک عمومی و پس از تهیه کلیشه پانورامیک به منظور بررسی تورم داخل دهانی سمت راست تنه مندیبل به بیمارستان بوعلی تهران ارجاع شد. در معاینه ناحیه سمت راست صورت expansion مختصر و آسیمتری که مرتبط با تورم مختصر ناحیه تنه زاویه مندیبل بود مشاهده گردید. در ارزیابی اولیه بیمار هیچگونه حس غیر طبیعی و یا دامنه حرکتی غیر طبیعی یافت نشد. در معاینه داخل دهانی، عدم وجود دندان مولر سوم مندیبل سمت راست و همچنین expansion مختصر و سفت کورتکس باکال در همان ناحیه تا قسمت قدامی وستیبول باکال سمت راست مندیبل دیده شد. مخاط پوشاننده این قسمت زخمی نبود. پرمولارهای سمت راست مندیبل دچار درجاتی از جابجایی به سمت لینگوآلی و باکال بودند. در نمای پانورامیک، ضایعه رادیولوژیست یک طرفه، منفرد و چند حجره ای با بوردر مشخص که از ناحیه یک سوم فوقانی راموس صعودی تا پاراسمفیز همان سمت کشیده شده بود، مشاهده می‌گردید که دندان مولر سوم به دوردست جابجا شده بود. (شکل ۱) تحلیل ریشه های مولر اول و دوم همچنین درجاتی از divergency پرمولارها قابل مشاهده بود. ساختارهای سمت چپ مندیبل همچنین اسکلت ماگزینا طبیعی بودند.



قرار داده شد تا در جلسه بعدی پیگیری، بصورت تدریجی خارج گردد.



شکل ۲- الف رادیولوژی Expanded بزرگ در نمای CBCT

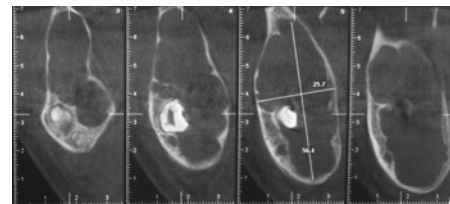
شکل ۴- الف- دو ماه بعد از جراحی

ب- ۸ ماه بعد از جراحی

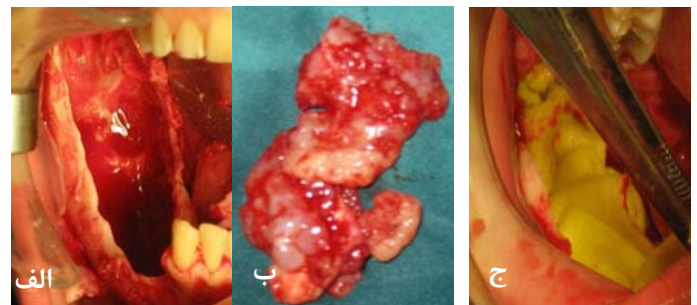
ج- ۱۲ ماه بعد از جراحی

بیوپسی اینسیژنال بعدی، بعد از ۶ ماه انجام شد که وجود ضایعه آملوبلاستیک مشاهده نشد.

در پیگیری یکساله انجام شده، شکل گیری استخوان در بوردر تحتانی مندیبل مشاهده شد، همچنین به منظور بازسازی دندانهای از دست رفته مندیبل و با توجه به نیاز بیمار و همچنین نیاز به داشتن اکلوژن در محل و جلوگیری از مشکلات پلان اکلوژال طرح درمان داده شد. بدنال انجام مشاوره پروتز، بیوپسی Incisional، گذاشتن ایمپلنت در ناحیه و همچنین shave بوردر تحتانی مندیبل در همان ناحیه در نظر گرفته شد. گذاشتن سه عدد ایمپلنت "Intra Lock" جهت بازسازی پرمولر اول، مولر اول و دوم برنامه ریزی شد. نواحی مدنظر آماده شده و ایمپلنت با ثبات اولیه مناسب گذاشته شد. استخوان در مشاهده و لمس خوب بود. بیمار برای ۱ سال پیگیری شد. در زمان Uncovering استئواینترگریشن مناسب بصورت کلینیکی و رادیوگرافی بارز بود. همچنین ایمپلنت خلفی در استخوان بطور کامل submerge شده بود و استخوان کورتیکال Cover screw ایمپلنت ها را پوشانده بود. (شکل ۵)



شکل ۲- ب استخوان کورتیکال نازک و دندان مولر سوم نهفته در نمای CBCT قابل مشاهده است



شکل ۳ الف: حفره ایجاد شده بدنال خارج کردن تومور و

آستکتومی محیطی

ب: توده تومور

ج: مش جراحی آغشته به پماد تتراسایکلین در حفره قرار داده شد. گزارش پاتولوژی در بررسی Excisional biopsy تشخیص آملوبلاستومای نوع پلکسی فرم را تایید کرد. همچنین حاشیه های محل جراحی فاقد تومور گزارش شد.

در زمان پیگیری، در رادیوگرافی ها آپسیتی که نشان از تشکیل استخوان بود مشاهده گردید. این روند بصورت تدریجی طی ۳ ماه در اولین سال بعد از جراحی مشاهده شد.



شکل ۵- نمای پانورامیک قبل از uncovering ایمپلنت ، ۱۸ ماه بعد جراحی اولیه و ۶ ماه بعد گذاشتن ایمپلنت

#### بحث :

در علائم کلینیکی و تشخیص آملوبلاستوما با نتایج مهم و گیج کننده جهت قضاوت کلینیکی مواجه می شویم. در یک گزارش از ۳۸ مورد آملوبلاستوما در افراد جوان، ۱۵ مورد علائم کیست دنتی ژروس را داشتند در حالیکه فقط سه مورد به نظر رسید که آملوبلاستوما باشد و در سه مورد شک بین آملوبلاستوما و کیست دنتی ژروس وجود داشت. بقیه موارد از الگوهای دیگر مثل ادنوتوزیک کراتوسیست، میگزوما و غیره تبعیت می کردند.<sup>(۵-۷)</sup> در بسیاری از گزارش ها آمده است که آملوبلاستومای تک کیستی و کیست دنتی ژروس دارای نماهای رادیوگرافی و کلینیکی مشابه می باشند. وقتی آملوبلاستوما میتواند نمای دنتی ژروس را نشان دهد بایستی توجه زیادی به فولیکول های دندان حجیم شده اطراف تاج دندان نهفته نمود و یک کیست دنتی ژروس یا فولیکول دندان حجیم شده را ساده در نظر نگیریم. در حین تصمیم گیری در مورد درمان، بیمار و بطور قانونی بهتر از آن والدین بیمار بایستی آگاهی کامل داشته باشند و نظر جراحان و پاتولوژیست ها به تنهایی لحاظ نشود بلکه با نظر جمعی تصمیم گیری شود.<sup>(۷)</sup> به نظر می رسد ما برای کودکان و بیماران جوان احتمال عود مهمترین عامل تاثیرگذار در انتخاب درمان نباشد، چون می توان بیمار را به خوبی تحت نظر داشت، پیگیری کرد و هر گونه تغییر در روند ترمیم را شناسایی نمود. Tumer و همکاران یک مورد بیمار ۲۴ ساله را با ابتلا به آملوبلاستومای پلکسی فرم در قسمت خلفی راست مندیبل گزارش کردند که با enucleation، کورتاژ و استفاده

از آلوگرفت استخوانی برای تقویت محل جراحی درمان شده بود. وی بیمار را برای ۸ سال پیگیری کرد و در نهایت دندانهای از دست رفته او را با ایمپلنت ITI بازسازی نمود و نتیجه گیری کرد که جراحی محافظه کارانه enucleation همراه کورتاژ کافی استخوان و استفاده از ایمپلنت های استئواینترگره برای بازسازی پروتزی می تواند بعنوان درمان قابل جهت آملوبلاستومای توپر توصیه شود.<sup>(۸)</sup>

Oteri و همکاران بازسازی محل تومور آملوبلاستوما را با گرفت فیولا و ایمپلنت انجام دادند و ۵ سال پیگیری کردند و Peri و Oteri implantitis مشاهده نشد. همچنین در پایان زمان پیگیری مقدار بسیار کمی از تحلیل استخوان اطراف ایمپلنت مشاهده گردید.<sup>(۹)</sup> cheunge و همکاران بدنال بازسازی فک توسط استخوان فیولا در چهار بیماری که به آملوبلاستوما مندیبل مبتلا بودند، جهت استفاده از ایمپلنت از alveolar distraction استفاده کردند. پیگیری بیماران تمامی ایمپلنت ها کمترین میزان تحلیل استخوان را داشته و سلامت لثه در تمام موارد گزارش شد.<sup>(۱۰)</sup> Natashekar و همکاران فک مردی ۵۶ ساله را که بدنال عود آملوبلاستومای uncystic فولیکولار رزکسیون شده بود با distractor و ایمپلنت دندان بازسازی نمودند.<sup>(۱۱)</sup> در یک گزارش Case series که بازسازی دهان با ایمپلنت را در بیماران انکولوژی بررسی می نمود، ۲۵۲ مورد آن در استخوان گرفت شده انجام شده بود و ۴۵۴ ایمپلنت نیز در استخوان باقیمانده گذاشته شده بود و تعدادی از این بیماران مبتلا به آملوبلاستوما بودند. پیگیری در بازه ۶ تا ۹ سال انجام شد و موفقیت در درمان گزارش شد.

مطالعات نشان می دهد، تمامی روش های درمانی مزایا و معایبی دارند. استفاده از قسمت های دیگر بدن برای برداشت استخوان منجر به ناتوانی و اختلال در زیبایی و فانکشن بیمار می شود بنابراین انتخاب مواد جایگزین می تواند باعث درمان تومور بطور محافظه کارانه تر شود. ضمناً استفاده از ابزارهایی مثل distractor، pin، screw، Plate fixation و هیدروکسی آپاتیت می تواند باعث افزایش هزینه و درمان ایجاد محیط

**نتیجه گیری :**

به نظر می رسد درمان محافظه کارانه آملوبلاستوما در افراد جوان، با پیگیری منظم و عدم درگیری حاشیه های جراحی می تواند موجب کاهش مشکلات درمان های گسترده و رادیکال باشد.

مناسب برای رشد باکتری ها باشد. بسیاری معتقدند که این اجسام خارجی می تواند اثر رادیوتراپی را کاهش دهد.<sup>(۱۱)</sup>

**References:**

- 1-Olaitan AA, Arole G, Adekeye EO. Recurrent ameloblastoma of the jaws. A follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998;27(6):456-60
- 2-Takahashi K, Miyauchi K, Sato K. Treatment of Ameloblastoma in Children. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1998;36(6):453-6.
- 3-Carlson ER, Marx RE. The Ameloblastoma: Primary, Curative Surgical Management. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(3): 484-94
- 4-Chukwuneke FN, Ajuzieogu O, Chukwuka A, Okwuowulu T, Nnodi P, Oji C. Surgical challenges in the treatment of advanced cases of ameloblastoma in the developing world: The authors' experience. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39(2):150-5
- 5- Badal S. Management of Plexiform Ameloblastoma in a 12 year old female: A Case Report. *WebmedCentral maxillofacial surgery* 2011;2(12):2593
- 6- Bisinelli JC, Ioshii S, Retamoso LB, Moysés ST, Moysés SJ, Tanaka OM. Conservative treatment of the unicystic ameloblastoma: report of a case. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;137(3):396-400
- 7-Huang IY, Lai ST, Chen CH, Chen CM, Wu CW, Shen YH. Surgical Management of ameloblastoma in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104(4):478-85
- 8-Tümer C, Meral G. Unicystic Ameloblastoma: Implant-Supported Reconstruction and Long-Term Follow-up. *J. of Hacettepe Faculty of Dentistry* 2007; 31: 49-53
- 9- Oteri G, Saverio DPF, Pisano M, Cicciù M. Five years follow-up of implant-prosthetic rehabilitation on a patient after mandibular ameloblastoma removal and ridge reconstruction by fibula graft and bone distraction. *J Isfahan Dent Sch* 2012; 9(2): 226-232.
- 10- Cheung LK, Chua HD, Hariri F, Pow EH, Zheng L. Alveolar Distraction Osteogenesis for Dental Implant Rehabilitation Following Fibular Reconstruction: A Case Series. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 71(2):255-71.
- 11- Natashekar M, Chowdhary R, Chandraker NK. Rehabilitation of recurrent unicystic ameloblastoma using distraction osteogenesis and dental implants. *Niger J Clin Pract* 2011;14(4):486-91
- 12- Cuesta-Gil M, Ochandiano Caicoya S, Riba-García F, Duarte Ruiz B, Navarro Cuéllar C, Navarro Vila C. Oral Rehabilitation With Osseointegrated Implants in Oncologic Patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67(11):2485-96.