

Ameloblastoomid ja nende kirurgilise ravi analüüs

Tiia Tamme¹, Marianne Soots^{1,2}, Marge Herik¹, Ülo Pintson^{1,2}, Peeter Mürsepp¹, Edvitar Leibur^{1,2} – ¹TÜ Kliinikumi stomatoloogikliinik, ²TÜ stomatoloogikliinik

odontogeensed kasvajak, ameloblastoom, kliinilised iseärasused, ravi

Ameloblastoomid on harva esinevad epiteeliaalsed odontogeensed lõualuude kasvajak. Ameloblastoomi iseloomustab asümptomaatiline kulg, mistõttu kasvaja avastatakse tihti hilinenult. Ameloblastoom on healoomuline lõualuude kasvaja, mis võib anda hilisretsidiive. Seepärast on näidustatud radikaalne operatiivne ravi ning pikaajaline järelkontroll. Uuringus on retrospektiivselt analüüsitud 17 ameloblastoomi juhu põhjal kasvaja kliinilist pilti ja kirurgilise ravi tulemusi.

Ameloblastoomid kuuluvad epiteeliaalsete, lokaalselt invasiivsete healoomuliste odontogeensete kasvajakate hulka. Odontogeensed kasvajak arenevad epiteeliaalsest või mesenhümaalsest algest või mõlemast, mis võtavad osa hambaalgme formeerumisest. Viimast väidet kinnitab ameloblastoomi ja emailorgani sarnane histoloogiline leid, milles polariseeritud ameloblastid ümbritsevad tähekujulise võrgustiku sarnast epiteeliaalset südamikku.

Ameloblastoomid on harva esinevad tuumorid, nende esinemissagedus on 1% kõigist näo-lõualuude piirkonna kasvajakatest (1). Ameloblastoomi võib esineda kõigis vanuserühmades, kuid kõige sagedamini on haaratud 20–40aastased (2).

Kasvajak iseloomustab väga tihti asümptomaatiline kulg; kasvaja avastatakse sageli hambaravi käigus röntgenoloogilisi uuringuid tehes. Tüüpiline leid röntgenogrammil on lüütiline, selge skleroseeruva äärisega luudestruktsiooni kolle või kolded. Eelislokalisatsioon on alalõua purihammaste ja nurga piirkond.

Tavaliselt kaebavad patsiendid näo deformatsiooni, hamba suhulõikumise hilinemist, hambumushäiret, hammaste liikuvust või halvasti sobivat proteesi, hammast ümbritseva koe ja suulimaskesta muutusi, suuõõne-põskkoopavahelist ühendust ja ninahingamise takistust; harva esineb ka valu.

Üle 80% ameloblastoomidest esineb alalõuas (1, 3). Ülalõua ameloblastoom on agressiivsema kuluga, andes metastaase kopsudesse ja regionaalsetesse lümfisõlmedesse, ning võib levida kraniaalses, koljupõhimiku suunas (1). Kirjandusest võib leida üksikuid haigusjuhte, kus kirjeldatakse ameloblastoomi maliigset transformeerumist ja kaugmetastaaside olemasolu (4, 5).

Röntgenoloogilise ja histoloogilise leiu alusel klassifitseeritakse ameloblastoomid alljärgnevalt: massiivne või mitmetsüstiline (*solid or multicystic*), ühetsüstiline (*unicystic*) ning harva esinevad perifeerne (*peripheral*) ja desmoplastiline (*desmoplastic*) ameloblastoom. Selline kasvajak jaotus on oluline kirurgilise ravi seisukohast, sest mitmetsüstiline ameloblastoom on algstaadiumis ühekambiline. Seega ei tohiks ainult röntgenileiu alusel diagnoosi püstitada (2, 3). Kirurgilise ravi ulatus sõltub aga ameloblastoomi tüübist. Ühetsüstiline, perifeerne ja desmoplastiline ameloblastoom on parema prognoosiga ning seepärast ei vaja radikaalset käsitlust – resektsiooni. Mitmetsüstiline ameloblastoom, mida iseloomustab lokaalselt infiltratiivne, invasiivne kasv ning suur retsidiivide arv, kuid teiselt poolt väga väike metastaaside tõenäosus, nõuab radikaalset kirurgilist ravi (6).

Ameloblastoomide kirurgiline ravi jaguneb konservatiivseks ja radikaalseks. Konservatiivse

kirurgilise ravi all mõistetakse ekskohleatsiooni (*excochleatio*), kus kasvaja eemaldatakse koos ümbritseva koega. Radikaalse operatsioonimeetodi käigus teostatakse reseksioon (*resectio*) kas alalõua terves paksuses või säilitatakse alalõualuu alumine serv. Ülalõuas tehakse vastavalt kas osaline või täielik ülalõualuu reseksioon (*maxillectomia partialis s. totalis*).

Radikaalne kirurgiline ravi vähendab oluliselt retsidiivide arvu, kuid võib anda eluaegseid kahjustusi ja halvendada patsiendi esteetilist välimust. Seega, healoomulise kasvaja ameloblastoomi ravi võib olla problemaatiline ning peab lähtuma konkreetsest haigusjuhust, et tagada patsiendile õige ravitaktika.

Uurimistöö **eesmärgiks** oli välja selgitada ameloblastoomi esinemissagedus ja kliinilised iseärasused ning tagasivaatavalt analüüsida ameloblastoomide kirurgilise ravi tulemusi.

Uurimismaterjal ja -meetodid

Uuring põhineb ajavahemikul 1977–2001 TÜ Kliinikumi stomatoloogiakliiniku näo-lõualuudekirurgia osakonnas diagnoositud ja ravitud 17 ameloblastoomi haigusjuhu andmetel. Kõik uuringuks vajalikud andmed nagu patsiendi sugu ja vanus, kasvaja lokalisatsioon lõualuudes, kasvaja suurus, sümptomid, esmase operatsiooni tüüp, retsidiivide esinemine, intervall (aeg) esmase ja teisese operatsiooni vahel koos tulemuste ning komplikatsioonidega koguti haiguslugude läbitöötamisel. Kõik 17 ameloblastoomi juhtu diagnoositi kliinilise ja röntgenoloogilise leiu alusel, mida kinnitas patohistoloogilise uuringu tulemus (vt foto 1, 2, 3).

Tulemused

Ameloblastoomi diagnoositi kokku 17 korral, neist 9 juhul (53%) oli tegemist naispatsientidega ning 8 juhul (47%) meespatsientidega. Meeste ja naiste suhe oli 0,9 : 1,0. Ameloblastoomi diagnoosiga patsientide keskmine vanus oli 45,2 aastat, kõikides 7–74 aastani.



Foto 1. 74aastane naispatsient näo deformatsiooniga paremal alalõua piirkonnas.

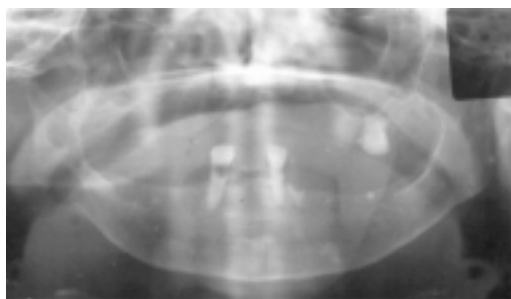


Foto 2. Ortopantomogramm. Lüütilised mitmekambrilised luudestruktsiooni kolded paremal alalõualuu keha ja üleneva haru piirkonnas.

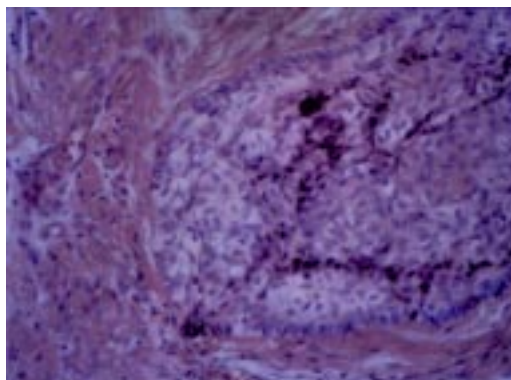
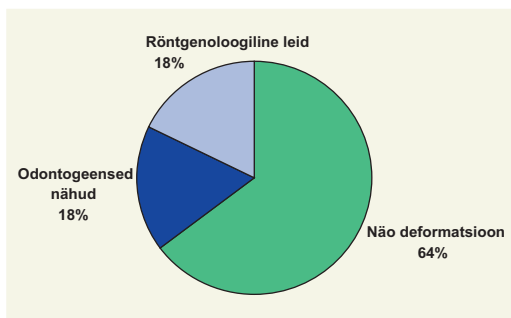


Foto 3. Follikulaarset tüüpi ameloblastoom (värving hematoksüliini-eosiiniga, 200kordne suurendus). Iseloomulikud polariseeritud tuumadega silindrilised rakud ümbritsevad struktureeritud epiteeliaalset komponenti, meenutades tähekujulist võrgustikku.



Joonis 1. Ameloblastoomi diagnostilised tunnused.

Haiguslugude andmetel kaebasid patsiendid kõige rohkem turset, infiltraati lõualuude piirkonnas (11 patsienti). Odontogeensed probleemid (valutav hammas, puuduv hammas jt) esinesid 3 patsiendil ning ülejäänud 3 juhul avastati ameloblastoom hambaravi käigus röntgenoloogilisel uuringul (vt jn 1).

Uuringu tulemustest ilmnes, et ameloblastoom paiknes 14 juhul alalõualuus, moodustades 82% ning 3 juhul ülalõualuus, seega 18%. Röntgenoloogilise leiu alusel (ortopantomogramm, kompuutertomogramm) esines 4 patsiendil ühetsüstiline luudestruktsiooni kolle ning 13 juhul diagnoositi polütsüstiline kasvaja. Tuumori mõõtmeid analüüsid selgus, et alla 3 cm diameetriga kasvaja esines kolmel, 3–6 cm läbimõõduga kasvaja viiel juhul ning üle 6 cm läbimõõduga ameloblastoom esines üheksal patsiendil.

Esmase operatsiooni tüübist annab ülevaate tabel 1.

Üheksal patsiendil (52,9%) teostati ekskoleatsioon, kusjuures kahel juhul paiknes tuumor ülalõuas (esimesel juhul 7aastasel lapsel oli 1,5 cm diameetriga kasvaja ühetsüstiline kolle silmahammaste piirkonnas ning teisel juhul täiskasvanud meespatsiendil purihammaste piirkonnas). Ülejäänud 7 ekskoleatsiooni teostati alalõuas, peamiselt purihammaste piirkonnas paikneva kasvaja raviks. Ühel juhul teostati ekskoleatsioon alalõualuu keha ja üleneva haru piirkonnas, kuna patsient keeldus radikaalsest resektsioonist. Resektsiooni kas kogu ühe

Tabel 1. Esmase operatsiooni tüüp

Operatsiooni tüüp	Patsientide arv	%
Ekskohleatsioon	9	52,9
Resektsioon alalõualuu alumise serva säilitamisega	4	23,5
Osaline ülalõualuu resektsioon	1	5,8
Alalõualuu resektsioon kogu ulatuses	3	17,6
Kokku	17	99,8

alalõualuupoole ulatuses või alalõualuu alumist serva säilitades kasutati vastavalt 3 (17,6%) ja 4 (23,5%) patsiendil (vt fotod 4 ja 5).

Osaline ülalõualuu resektsioon teostati ühel juhul.

Haigete jälgimisaeg oli 1-st kuni 21 aastani. Selle ajavahemiku jooksul on esinenud 3 kasvaja retsidiivi juhtu. Kõigil retsidiivijuhtudel seisnes esmane operatiivne ravi ekskoleatsioonis. Kõik 3 retsidiivijuhtu tekkisid esimese aasta jooksul pärast operatsiooni, vastavalt 5 kuud pärast kolde ekskoleatsiooni ülalõuas ning teistel juhtudel 10 ja 12 kuud pärast esmast konservatiivset kirurgilist ravi alalõuas. Seega, keskmine intervall esimese ja teise operatsiooni vahel oli 9 kuud.

Ühel juhul tekkis ka pärast teistkordset operatiivset ravi 3 aasta pärast kasvaja retsidiiv alalõuas, mis raviti radikaalset meetodit rakendades: teostati *resectio mandibulae dextra*. Nüüd on patsient olnud kasvavabana üheksa aastat.

Arutelu

Võõrkeelses kirjanduses on ameloblastoome käsitlevaid uuringuid hulgaliselt (1–7). On uuritud ameloblastoomi esinemist soolisest aspektist ning on leitud enam-vähem võrdne esinemissagedus nii meestel kui naistel (7, 8). Meie uuringu tulemusel oli meeste ja naiste suhe 0,9 : 1,0.

See kasvaja võib esineda igas vanuserühmas, kuid sagedamini haigestuvad 20–40aastased (2). Ka meie andmetel esines ameloblastoomi igas vanuserühmas, haigete keskmine vanus oli 45,2 aastat. See tulemus kinnitab Reicharti järeldust, et patsientide keskmine vanus on geograafiliselt erinev, olles kõige kõrgem Euroopas – 42,3 aastat ning kõige väiksem Lõuna-Aafrikas – 13,2 aastat (8).



Foto 4. Makroskoopiline leid. Destrüktiivse kasvuga ameloblastoom on perforerinud kortikaallamelli ning tunginud ümbritsevasse kudedesse.

Analüüsid ameloblastoomi paiknemist lõualuudes, vastavad selle uuringu tulemused teiste autorite publitseeritud andmetele, kus alalõualuu ameloblastoom moodustab 70–90% kõigist ameloblastoomidest (7, 9). Meie uuringu andmetel paiknes ameloblastoom 82% juhtudest alalõualuus.

Röntgenoloogilise leiu alusel klassifitseeriti ühekambriilisi ameloblastoome 4 juhul (23,5%) ning mitmekambriilisi ehk "tõelisi" ameloblastoome 13 korral (76,5%); vastavad näitajad Reicharti uuringus, milles uuriti 1234 ameloblastoomi röntgenogrammide alusel, oli ühekambriilisi ameloblastoome 51,1% ja mitmekambriilisi 48,9% (8). Toodud võrdlusandmed viitavad meie patsientide hilisele pöördumisele, sest patohistoloogiliste uuringute põhjal on kõik ameloblastoomid oma algstaadiumis ühetsüstilised (2, 3). Samuti kinnitab meie patsientide hilist pöördumist asjaolu, et ameloblastoomide mõõtmed olid alla 3 cm ainult kolmel juhul, ülejäänud vastavalt kuni 6 cm diameetriga viiel juhul ning üle 6 cm läbimõõduga üheksal patsiendil. Seega on ka meie andmetel ameloblastoomile iseloomulik asümptomaatiline kulgu, mistõttu kasvaja avastatakse hilja. Patsiendid pöörduvad sageli arsti poole hilisstaadiumis, kui näo deformatsioon on välja kujunenud.

Kirurgilise ravi tulemused meie uuringus kinnitavad, et ameloblastoomi ravi peab olema radikaalne. Kasvaja retsidiivid ilmnesid kohe esimesel aastal pärast konservatiivset ravi. Juba 1974. a leidis Sedhev 20 ameloblastoomi juhu

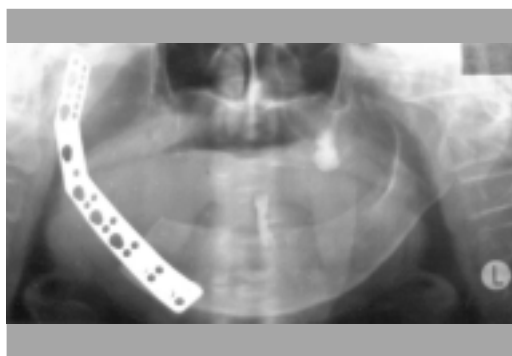


Foto 5. Ortopantomogramm pärast radikaalset ravi. Patsiendil on teostatud alalõua reseksioon koos eksartikulatsiooniga, rekonstruktsioon AO-plaadiga.

retrospektiivsel analüüsil, et konservatiivne ravitaktika ameloblastoomide puhul pole näidustatud. Tema andmetel esinesid kasvaja retsidiivid 90% alalõua ja kõigil ülalõua ameloblastoomidel, mille puhul esmaseks raviks oli küretaap (10).

Reseksioon peab olema esmane kirurgiline ravi kõigi polütsüstiliste ameloblastoomide korral, et vähendada taastekke võimalust. Radikaalne kirurgiline ravi on vajalik "tõeliste" (polütsüstiliste) ameloblastoomide ravis, kus haaratakse kaasa terveid kudesid 1–2 cm ulatuses (11). Selline tervete kudede kaasahaaramine on oluline, kuna kasvaja levikul iseloomulikud epiteeliväädid tungivad allasuvasse luusse, algstaadiumis aga spongiooses luukoes röntgenoloogiline leid puudub (2). Ühekambriilise ameloblastoomi ravi võib piirduda konservatiivsete meetoditega. Väga tähtis on patsientide operatsioonijärgne järelkontroll, kuna ameloblastoom võib anda hilisretsidiive, ka 25–30 aasta pärast (5).

Järeldused

1. Polütsüstiliste ameloblastoomide sagedane esinemine viitab patsientide hilisele pöördumisele ning asümptomaatilisele kulule.
2. Kõigi polütsüstiliste ameloblastoomide kirurgiline ravi peab olema radikaalne ning jätkuma vähemalt 10 aasta vältel järelkontrolliga, et tagada patsientidele maksimaalne ravitulemus.

Kirjandus

1. Jackson JT, Callan PP, Forté RA. An anatomical classification of maxillary ameloblastoma as an aid to surgical treatment. *J Craniomaxillofac Surg* 1996;24:230–6.
2. Gallagher GT, Shklar G. Odontogenic tumors. In: *Cancer Medicine*, 5th ed. London: B.C. Decker Inc. 2000. p.1222–4.
3. Kramer JRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. World Health Organization. International histological classification of tumours. 2nd ed. Berlin: Springer; 1992. p.11–4.
4. Akinosi JO, Williams AO. Ameloblastoma in Ibadan, Nigeria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969;27:257–65.
5. Hayashi N, Iwata J, Masaoka N, Ueno H, Ohtsuki Y, Moriki T. Ameloblastoma of the mandible metastasizing to the orbit with malignant transformation. A histopathological and immunohistochemical study. *Virchows Arch* 1997;6:501–7.
6. Feinberg SE, Steinberg B, Arbor A. Surgical management of ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;4:83–8.
7. Robinson HB. Ameloblastoma: a survey of the 379 cases of the literatures. *Arch Pathol* 1937;23:831–43.
8. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma biological profile of 2677 cases. *Rev Eur J Cancer Part B Oral Oncol* 1995;31:86–99.
9. Olaitan AA, Adekeye EO. Unicystic ameloblastoma of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:345–8.
10. Sedhev MK, Huvos AG, Strong EW. Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 1974;33:324–33.
11. Carlson ER. Pathologic facial asymmetries. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery*. Clinics of North America 1996. p.19–25.

Summary

Ameloblastoma, the analysis of surgical treatment

The purpose of this study is to present 17 cases of ameloblastoma, among them 14 mandibular and 3 maxillary, treated at the Department of Maxillofacial Surgery of Tartu University Hospital during 1977–2001, with an emphasis on gender, age, size, site distribution, type of primary operation, recurrence and follow-up review. Observation time varies from 1 year to 21 years. The treatment of choice was excochleation in 9 cases, resection with preservation of the lower border of the mandible in 4 cases and full-thickness

resection in 3 cases and partial maxillectomy in 1 case. Recurrence occurred in 3 cases, while all these patients had been treated primarily with excochleation. The average time interval between primary and secondary operation was 9 months. This study showed that the treatment of choice for the multicystic ameloblastoma of the jaw should be radical surgery.

Tiia.Tamme@kliinikum.ee