

آدنوئید آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید (گزارش مورد)

دکتر شیلا قاسمی مریدانی*

*- استادیار گروه آموزشی آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین.

چکیده

زمینه و هدف: آملوبلاستوما یکی از شایعترین تومورهای ادنتوژنیک می‌باشد که گاه ویژگیهای هیستوپاتولوژیک غیرعادی در آن دیده می‌شود. در این مطالعه توموری ادنتوژنیک و غیر شایع که از لحاظ هیستولوژیک مشابه آملوبلاستوما و آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور بوده و بافت سخت در آن تشکیل شده بود، گزارش شده است.

معرفی مورد: تومور در دختری ۱۹ ساله و در سمت راست فک بالا از ناحیه دندان کانین تا مولر اول ایجاد شده و در نمای رادیوگرافی Unilocular بود. در نمای هیستولوژیک ضایعه یونی‌کیستیک بوده و در نواحی از آن آملوبلاستوما ی پلیسی فرم دیده می‌شد. تشکیل دنتینوئید و عاج توپولار در استرومای تومور مشاهده شد ولی ماتریکس مینا دیده نشد.

نتیجه‌گیری: تاکنون موارد بسیار معدودی از این نوع آملوبلاستوما گزارش شده و نام آدنوئید آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید برای این قبیل ضایعات پیشنهاد گردیده است.

کلید واژه‌ها: آدنوئید آملوبلاستوما - آملوبلاستوما - آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور - دنتینوئید

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۲/۱۴

اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۱۲/۱۹

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۷/۲۶

نویسنده مسئول: گروه آموزشی آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین smoridani@yahoo.com

مقدمه

در ابتدا این ضایعه را واریانتهی از آملوبلاستوما در نظر می‌گرفتند ولی ویژگیهای بالینی و روند بیولوژیک آن کاملاً متفاوت از آملوبلاستوماست، به نحوی که برخی محققان معتقدند با توجه به رشد آهسته و محدود بودن ضایعه بهتر است آن را یک هامارتوم در نظر گرفت نه یک نئوپلاسم واقعی. در نمای میکروسکوپی آن علاوه بر ساختارهای شبه مجرای، بافتهای کلسیفیه شامل دنتینوئید و به ندرت ماتریکس مینا گزارش شده است.(۲)

AOT مهاجم ولی خوش‌خیم است که از لحاظ میکروسکوپی نمای مورفوژنیک ارگان مینایی (Enamel organ) اولیه را تقلید می‌نماید ولی توانایی ساخت مینا و بافتهای سخت دندانی را ندارد.(۳)، با این حال تشکیل دنتینوئید بدون تشکیل مینا در معدودی از ضایعات آملوبلاستوما گزارش گردیده است.(۴)، یونی کیستیک

آدنوئید آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید (Adenoid ameloblastoma with dentinoid) را می‌توان زیر گروهی از آملوبلاستوما (Ameloblastoma) در نظر گرفت.(۱)، این ضایعه ویژگیهای هیستوپاتولوژیک مشابه، هم با آملوبلاستوما و هم با آدنوماتوئید ادنتورنیک تومور (Adenomatoid odontogenic tumor: AOT) دارد و همچنین بافت کلسیفیه در آن ایجاد می‌گردد. نام آدنوئید آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید در سال ۱۹۹۴ توسط Brannon برای این گونه ضایعات پیشنهاد گردید و طبق نظر وی، این ضایعات را باید نئوپلاسم با توانایی بالقوه گسترش و عود در نظر گرفت.(۱)، تاکنون تعداد معدودی از این نوع تومور با اسامی مختلف گزارش گردیده است.

AOT ضایعه ادنتوژنیک خوش‌خیم و غیرشایع است که ساختارهای شبه مجرای از مشخصات اصلی آن می‌باشد.

جراحی، تشخیص کیست پریموردیال یا آمولوبلاستومای یونی کیستیک توسط جراح مطرح شد. ولی پیگیری بیمار پس از جراحی به دلیل عدم مراجعه بیمار امکان پذیر نشد.

ویژگیهای هیستوپاتولوژیک

تومور به طور کلی کیستیک و با حدود مشخص بوده و در برخی نواحی پرولیفراسیون سلول‌های اپیتالی به فرم آمولوبلاستومای پلکسی فرم در جدار کیست دیده می‌شد (شکل ۲).

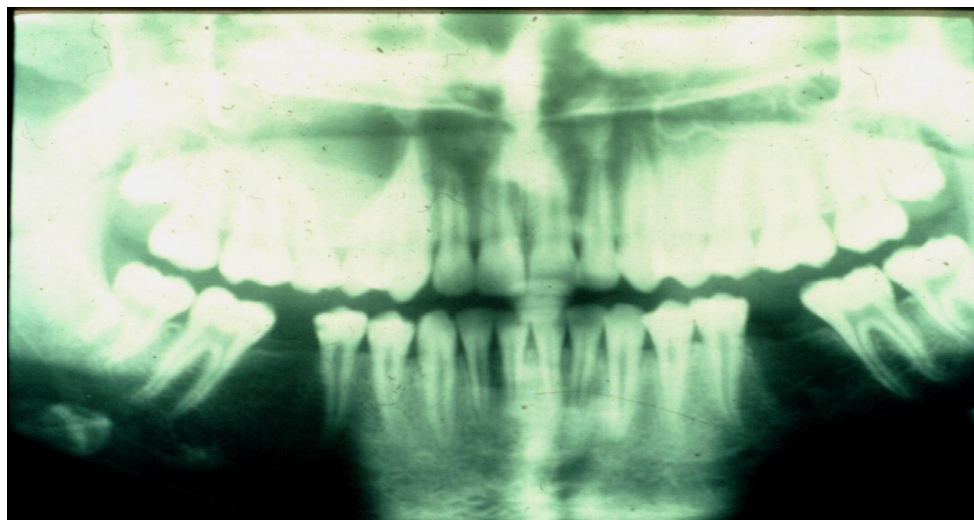
سلول‌های نئوپلاستیک در قسمت‌های پر سلول ضایعه، گاه نمای گردبادی شبیه AOT ایجاد کرده و گاه از هم فاصله گرفته و طرحی شبیه Stellate reticulum ایجاد کرده بودند. قطبیت معکوس (Reverse polarity) در سلول‌های حاشیه‌ای کاملاً مشهود بود. در برخی قسمت‌ها ساختارهای شبه مجرای (Duct-like) در داخل تومور ایجاد گشته که از اطراف به وسیله سلول‌های مکعبی تا استوانه‌ای مفروش شده بود. سلول‌های مذکور پلاریزه بوده و هسته آنها دور از لومن مرکزی دیده می‌شد و در لومن مواد ائوزینوفیلیک هموژن یا مواد آمورف خاکستری رنگ وجود داشت (شکل ۳).

آمولوبلاستوما (Unicystic ameloblastoma) نیز واریانته از آمولوبلاستوماست که فرم کیستیک داشته و از لحاظ توزیع سنی و روند بیولوژیک با آمولوبلاستومای معمولی تفاوت دارد. (۵)

هدف از ارایه این مقاله توصیف یک تومور ادنتوژنیک غیر شایع است که ویژگیهای مشابه با آمولوبلاستوما و AOT داشته و خصوصیات میکروسکوپی آن، مشابه با موارد گزارش شده آدنویید آمولوبلاستوما همراه با دنتینوئید است.

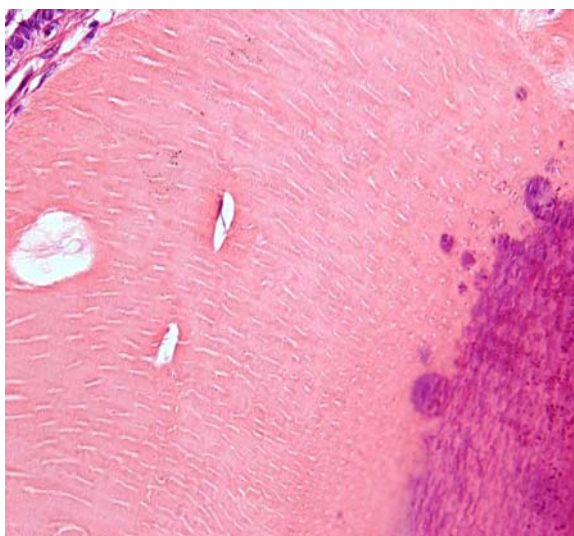
گزارش مورد

بیمار دختری ۱۹ ساله و مشکل اصلی وی بروز تورم در فک بالا ذکر شد که بیمار از حدود دو ماه پیش متوجه آن شده بود. در معاینه بالینی، برجستگی (Expansion) استخوانی و بدون درد در سمت راست فک بالا مشاهده گردید، در حالی که مخاط پوشاننده نرمال و فاقد زخم بود. در بررسی رادیوگرافیک، ضایعه‌ای رادیولوسنت، یونی لاکولر و با حدود نسبتاً واضح از ناحیه دندان کانین تا مولر اول دیده شد. تحلیل ریشه دندان وجود نداشت (شکل ۱). ضایعه به طور کامل و با Enucleation خارج گردید. بر اساس یافته‌های بالینی، رادیوگرافیک و یافته‌های حین



شکل ۱: نمای رادیوگرافی

(شکل ۴). اپیتلیوم ادنتوژنیک به شکل آشیانه‌های کوچک مدور و نوارهای بلند اپیتلیالی به وفور در استرومای تومور و جدار کیست مشاهده شد که در برخی نواحی پرولیفراسیون یافته و تبدیل به جزایر آملوبلاستیک کوچک شده بودند. ماتریکس مینا دیده نشد. کل ضایعه تحت بررسی پاتولوژیک قرار گرفت و در هیچ قسمتی از نمونه سلول Ghost مشاهده نگردید.

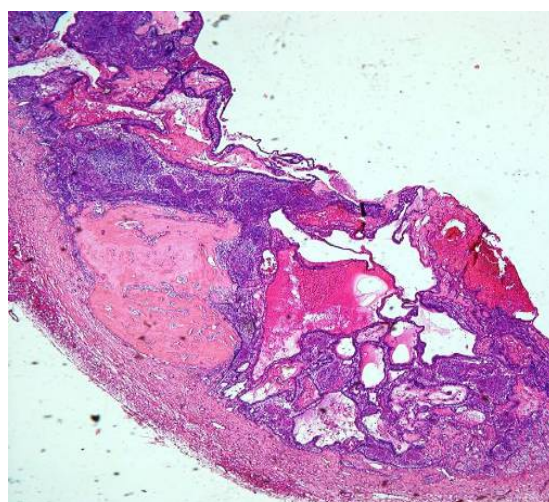


شکل ۴: عاج توبولار

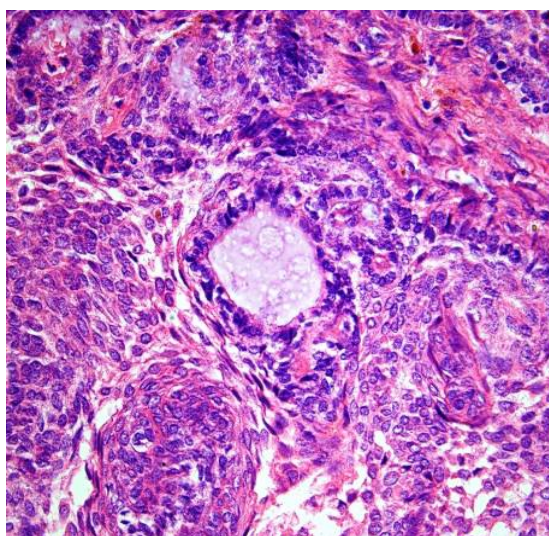
بحث

آملوبلاستوماها تومورهای ادنتوژنیک با منشأ اپیتلیالی هستند که القای بافت سخت دندانی در آنها صورت نمی‌گیرد، غیر از ضایعات نادر ادنتوآملوبلاستوما که تومور همراه با ادنتوما می‌باشد. (۴) با این حال موارد معدودی از تومورهای آملوبلاستوما با القای بافت سخت گزارش گردیده است. (۴)، در بررسی جامع مقالات تاکنون ۱۳ تومور که از لحاظ هیستولوژیک ویژگیهای شبیه آملوبلاستوما یا AOT داشته و همراه با القای بافت سخت بوده‌اند، گزارش شده که با مورد مطرح شده در این مقاله تعداد آنها به ۱۴ عدد می‌رسد. از موارد مطرح شده قبلی، شش مورد تومور آملوبلاستوما و هفت مورد، AOT تشخیص داده شده و بافت سخت در

نمای آملوبلاستومای فولیکولر در محدوده کوچکی از تومور مشاهده شد که در استرومای اطراف آن تغییرات میکسوییدی مشهود بود. مقادیر زیادی ماتریکس ائوزینوفیلیک دنتینویید در استرومای تومور ایجاد گشته بود که گاه تعداد کمی از سلول‌های نئوپلاستیک محصور در آن به چشم می‌خورد (شکل ۲).



شکل ۲: آملوبلاستومای پلکسی فرم و دنتینویید



شکل ۳: ساختار آدنوییدی در جزایر اپیتلیالی

همچنین بافت عاج بالغ به صورت مدور با حاشیه نامنظم در حاشیه تومور به وجود آمده بود که مقطع توبول‌های عاجی به صورت عرضی و طولی به وضوح در آن دیده می‌شد

استرومای تومور دیده می‌شد. Matsumoto نیز نام Adenoid ameloblastoma with dentinoid را برای این ضایعه ترجیح داده است. (۱۳)، همچنین ضایعه گزارش شده توسط Evans که در ابتدا به عنوان AOT تشخیص داده شده بود پس از سه بار عود و بررسی مجدد یافته‌های هیستولوژیک آدنویید آملوبلاستوما همراه با دنتینویید نامیده شد. در این ضایعه نیز ساختارهای شبه مجرای و گروه‌های سلول‌های اپی‌تلیایی گردبادی دیده شد و دنتینویید و گاهی کانونهای تشکیل توبول در آن قابل مشاهده بوده است. (۱)، در مطالعات قبلی درباره عود و پروگنوز ضایعات توضیحی داده نشده بود.

همچنین تومورهای مرکبی گزارش شده‌اند که AOT جزئی از آن می‌باشد مثل AOT همراه با CEOT. (۱)، Larrsos و همکارانش نیز بیماری را گزارش کردند که ضایعات متعدد فکی داشته و همه ضایعات ویژگی‌های مجزایی از AOT و Adenomatoid dentinoma داشته‌اند. (۱)، ترکیب AOT با COC نیز گزارش شده و تغییرات میکروسکوپی شبیه AOT همراه با دو ضایعه آملوبلاستوما یونی‌کیستیک در مقالات ارائه گردیده است. (۷)، بنابراین در ضایعاتی که تغییرات هیستوپاتولوژیک مشابه AOT دارند، باید دقت لازم در ارایه تشخیص صورت گیرد.

دنتینویید و بافتهای سخت دندانی در ضایعات ادنتوژنیک دیگری نیز مطرح شده‌اند. Ariyoshi یک مورد Clear cell odontogenic carcinoma گزارش کرده که حاوی استئویید دنتینویید و عاج توبولار بوده است. (۱۴)، همچنین Miyauchi و همکارانش موردی از CEOT گزارش کرده‌اند که ساختارهای شبه استئودنتین حاوی سلول‌های مزانشیمال در مجاورت مستقیم با آشیانه‌های سلول‌های Clear نئوپلاستیک بوده است. (۱۵)، در خود تومور AOT نه تنها ساختارهای دنتینویید بلکه عاج توبولار حقیقی نیز به ندرت دیده شده است. (۱۶)، در مواردی تومور ادنتوژنیک کارسینوما همراه با دنتینویید یا استئویید گزارش گردیده

آنها عاج یا دنتینویید توصیف شدند، به جز بیمار مطرح شده توسط Takeda و همکارانش (۶) که ماده سخت را استخوان گزارش کردند. همچنین اسیفیکاسیون بینابینی در دو آملوبلاستوما یونی‌کیستیک دیده شده است. (۷) در دو گزارش نیز، تشکیل ماتریکس مینا توصیف شده است. (۸-۹) در چنین ضایعاتی ویژگی‌های هیستولوژیک هم مشابه آملوبلاستوما و هم مشابه AOT مشاهده می‌شود و تشخیص ضایعه را با مشکل مواجه می‌نماید. ویژگی‌هایی از قبیل ساختارهای شبه مجرای و تشکیل بافت سخت دندانی، تومور را مشابه با AOT می‌نماید در حالی که ضایعه خصوصیات آملوبلاستوما را نیز نمایان می‌سازد.

اولین مورد شناخته شده از این ضایعات توسط Slabbert گزارش گردیده که در مرد آسیایی ۲۴ ساله ایجاد شده بود. ضایعه از لحاظ هیستولوژیک یونی‌کیستیک توصیف شده بود که در آن توموری متشکل از فولیکول‌های آملوبلاستوما یونی‌کیستیک همراه با مقادیر فراوان دنتینویید و کلسیفیکاسیون دیستروفیک نوع ساموماتوز (Psammomatous) مشاهده گردید. (۴)، سپس مورد مشابهی توسط Brannon در Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) ارائه گردید و اصطلاح Adenoid ameloblastoma with dentinoid برای این قبیل ضایعات پیشنهاد شد (۱۰)، در حالی که حضور بافتهای شبیه AOT منجر به ارائه نامهای متفاوتی برای این ضایعات از قبیل Adenomatoid dentinoma (۱۱) و Adenoameloblastic odontoma (۸) توسط محققان گردید.

Orolowski و همکارانش توموری ادنتوژنیک با نمای آملوبلاستوما یونی‌کیستیک پلکسی فرم را گزارش کرده‌اند که همراه با دیفرانسیاسیون ادنتوبلاستیک و رسوب ماتریکس عاج توبولار بوده است. (۱۲)، Matsumoto و همکارانش نیز توموری مشابه در بیماری ۱۹ ساله را توصیف کردند که نمای آملوبلاستوما یونی‌کیستیک پلکسی فرم کیستیک داشته و ساختمانهای آدنوییدی، عاج توبولار و دنتینویید در

مطرح شده در این مقاله که مشابه ضایعات توصیف شده توسط Matsumoto (۱۳)، Evans (۱)، Brannon (۱۰)، Orlowski (۱۲) می‌باشد به نظر می‌رسد اطلاق نام آدنوما آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید مناسبترین انتخاب برای آن باشد. تعداد موارد گزارش شده آدنویید آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید بسیار کم است و با توجه با اینکه روند کلینیکی چنین ضایعاتی هنوز مبهم می‌باشد نمی‌توان در مورد پروگنوز این ضایعات نظر قطعی ارائه کرد.

است. (۱۷-۱۸) با وجودی که مشخص نیست که روند تومور در مورد ارائه شده در این گزارش مشابه آملوبلاستوما خواهد بود یا نه ولی نام آدنوما آملوبلاستوما همراه با دنتینوئید بهترین نام تاکنون در نظر گرفته شده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به ویژگیهای هیستوپاتولوژیک ضایعه در مورد

REFERENCES:

1. Evans BL, Carr RF, Phillippe LJ. Adenoid ameloblastoma with dentinoid: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004 Nov;98(5):583-8.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & maxillofacial pathology*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders;2002,621-3.
3. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma, A clinicopathologic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985 Dec;60(6):624-630.
4. Slabbert H, Altini M, Crooks J, Uys P. Ameloblastoma with dentinoid induction: dentinoameloblastoma. *J Oral Pathol Med* 1992 Jan;21(1):46-8.
5. Ackerman GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: A clinicopathologic study of 57 cases. *J Oral Pathol* 1988 Nov;17(9-10):541-546.
6. Takeda Y, Kuroda M, Suzuki A. Ameloblastoma with prominent stromal ossification. *Acta Pathol Jpn* 1990 Oct;40(10):780-784.
7. Rubenheimer EJ, Van Heerden WF, Noffke CE. Infrequent clinicopathological findings in 108 ameloblastomas. *J Oral Pathol Med* 1995 Sep;24(5):227-32.
8. Dunlap CL, Fritzlen TJ. Cystic odontoma with concomitant ameloblastoma (Adenoameloblastic odontoma). *Oral Surg* 1972 May;34(3):450-56.
9. Tajima Y, Sakamoto E, Yamamoto Y. Odontogenic cyst giving rise to an adenomatoid odontogenic tumor: Report of a case with peculiar features. *J Oral Maxillofac Surg* 1992 Feb;50(2):190-93.
10. Brannon RB. Adenoid ameloblastoma with dentinoid. Washington (DC). Armed Forces Institute of Pathology 1994;ROP-COM 1-94.
11. Allen CM, Neville BW, Hammond HL. Adenomatoid dentinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 Sep;86(3):313-17.
12. Orlowski WA, Doyle JL, Slab R. Unique odontogenic tumor with dentinogenesis and features of unicystic plexiform ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 Jul;72(1):91-4.
13. Matsomoto Y, Mizoue K, Seto K. A typical plexiform ameloblastoma with dentinoid :adenoid ameloblastoma with dentinoid. *J Oral Pathol Med* 2001 April;30(4):251-54.

14. Ariyoshi Y, Shimahara M, Miyauchi M, Nikai H. Clear cell odontogenic carcinoma with ghost cells and inductive dentin formation-report of a case in the mandible. *J Oral Pathol Med* 2002 March;31(3):181-83.
15. Miyauchi M, Ogawa I, Takata T. Clear cell odontogenic tumor: A case with induction of dentin-like structures? *J Oral Pathol Med* 1998 May;27(5):220-24.
16. Philipsen HP, Reichart PA, Nikail H. The adenomatoid odontogenic tumor (AOT): An update. *J Oral Med Pathol* 1997 Jan;26(1):55-60.
17. Punnya A, Kumar GS, Rekha K, Vandana R. Primary intraosseous odontogenic carcinoma with osteoid/dentinoid formation. *J Oral Pathol Med* 2004 Feb;33(2):121-24.
18. Sawyer DR, Nwoku AL, Mosadomi A, Kekere-Ekun AT. Odontogenic carcinoma with dentinoid. *J Oral Maxillofac Surg* 1986 Feb;15(1):105-107.