

ABSTRACT

Perifert ameloblastom – indsend altid fjernet væv til histologisk undersøgelse

Baggrund – Perifert ameloblastom er en sjælden ekstra-ossøs variant af det klassiske centrale ameloblastom. Tilstanden ses oftest hos midaldrende eller ældre. Der ses hyppigere forekomst hos mænd, og det hyppigst afficerede område er mandiblens præmolarområde. Klinisk ses en langsomt voksende smertefri eksofyttisk forandring. Histologisk ses samme billede som ved de centrale ameloblastomer. En skålformet fordybning kan ses i knogleoverfladen, men væsentlig knogleinvolvering ses ikke.

Patienttilfælde – I nærværende artikel præsenteres en 76-årig mand med en hævelse i mandiblens molar-/præmolarområde. Tilstanden opdagedes hos egen tandlæge og blev behandlet som paradental sygdom. På grund af manglende behandlingseffekt henvistes patienten til Afdeling for Kæbekirurgi og Oral Patologi på Tandlægeskolen i Aarhus. Klinisk mistænkte for pyogent granulom eller anden irritationsbetinget hyperplasi. Der blev foretaget kirurgisk excision og curettage. Den histologiske diagnose var ameloblastom, muligvis udgået fra gingivas overfladeepitel.

Konklusion – Perifere ameloblastomers kliniske manifestationer er uspecifikke. Endelig diagnose kan kun stilles ved histologisk undersøgelse af det exciderede væv. Perifere ameloblastomer behandles med kirurgisk excision. Ved kontrol et år postoperativt var der ingen tegn på recidiv.

Perifert ameloblastom

Jesper Bak, afdelingstandlæge, Sektion for Kæbekirurgi og Oral Patologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Jesper Reibel, professor, dr.odont., Afdeling for Oral Patologi og Medicin, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Accepteret til publikation den 17. juni 2016

Ameloblastomer klassificeres af WHO som benigne odontogene tumorer i gruppen bestående af odontogent epitel uden odontogent ektomesenkym (1). Odontogene tumorer udgør 0,8 % af alle orale og maxillo-faciale patologiske forandringer, og heraf udgør ameloblastomer ca. 30 % (2). De underinddeles i solide/multicystiske, desmoplastiske, unicystiske og perifere ameloblastomer. Maligne ameloblastomer findes, men er meget sjældne. Baseret på en opgørelse af 160 tilfælde fra litteraturen op til 2001 udgør perifert ameloblastom 2-10 % af det samlede antal ameloblastomer (3). Blandt 406 exciderede gingivale læsioner var kun 1,5 % (6/406) perifere odontogene tumorer (4). Perifert ameloblastom var den næsthypigste af disse. Perifere ameloblastomer er således sjældne tumorer i bløddelene på kæbernes tandbærende dele (5). Den første komplette beskrivelse tilskrives Stanley og Krogh i 1959 (6).

Klinisk ses en fast, smertefri, langsomt voksende exofyttisk masse. Læsionen kan være både bredbaset og stillet, og den gennemsnitlige størrelse på diagnosetidspunktet er 1-2 cm i diameter (3). Overfladen er som regel glat, men kan være granular, papillær eller vortelignende. Farven spænder fra normal/pink til rød/dybt rød. Såfremt læsionen traumatiseres, kan den også fremstå hyperkeratiniseret eller ulcereret (3). Perifere ameloblastomer optræder hyppigst hos midaldrende og ældre. De ses hyppigst blandt mænd, og mandiblen afficerer dobbelt så hyppigt som maksillen. En tredjedel ses i mandiblens præmolarområde (3). Sædvanligvis ses ingen afficering af den underliggende knogle. I nogle tilfælde ses dog en skålformet overfladeresorption, som antages at være udløst af tryk fra tumor. Neoplastisk invasiv vækst i knogle er således yderst sjælden (3,7).

EMNEORD

Peripheral ameloblastoma; diagnose; histology

De perifere og intraossøse ameloblastomer viser samme histologiske karakteristika og cellulære varianter (1). På trods heraf vokser perifere ameloblastomer langsommere og langt mindre aggressivt end de intraossøse med en



Henvendelse til forfatter:
Jesper Bak, jbak71@hotmail.com

Faciale aspekt præoperativt



Fig. 1. Præoperativt ses exofytisk forandring faciale regio 6,5-.

Fig. 1. Pre-operative exophytic growth at the facial aspect of the region 45/46.

mindre recidivtendens. Philipsen et al. evaluerede 160 publicerede tilfælde og opgjorde risikoen for recidiv til 18-20 % (3), mens Nauta et al. opgjorde risikoen for recidiv til 16 % baseret på gennemgang af 53 tilfælde, heraf ét tilfælde, der recidiverede syv år efter excision af primære læsion (8).

Malign transformation er beskrevet, men kun i ganske få tilfælde (9). Baden et al. (10) estimerede denne risiko til 6 % og beskriver et tilfælde, hvor et perifert ameloblastom recidiverer to gange over en femårig periode – først som planocellulært karcinom og efterfølgende som infiltrerende anaplastisk karcinom. Ifølge Philipsen et al. (3) er der beskrevet seks tilfælde af malign transformation i litteraturen frem til 2001. Recidivfrekvensen samt det maligne transformationspotentialt understreger vigtigheden af, at patienter med perifere ameloblastomer følges over en lang periode.

Perifere ameloblastomer behandles med kirurgisk excision med smal margin i sundt udseende væv.

Patienttilfælde

En 76-årig, sund og rask mand, blev henvist til Sektion for Kirurgi og Oral Patologi, Tandlægeskolen i Aarhus, for vurdering af slimhindeforandring i underkæbens højre side. Forandringen blev opdaget ved et rutinemæssigt tandeftersyn et år tidligere. Man havde initialt tolket forandringen som en følge af kompromitteret parodontal status på den mesiale rodkomponent af 6- og derfor hemisektioneret denne. Grundet udebleven effekt henviste man til Tandlægeskolen for vurdering og eventuelt behandling. Den kliniske undersøgelse viste en exofytisk masse regio 6,5- involverende faciale og især lingvale aspekt af processus alveolaris (Fig. 1 og 2). På enoral røntgenoptagelse

Lingvale aspekt præoperativt



Fig. 2. Præoperativt ses exofytisk forandring lingvalt regio 6,5-.

Fig. 2. Pre-operative exophytic growth at the lingual aspect of the region 45/46.

så skålformet knogleresorption i området (Fig. 3). Patienten var smertefri, men generet af blødning i forbindelse med tandbørstning. Den initiale diagnose var pyogent granulom. Forandringen blev behandlet med kirurgisk excision og curettage. Peroperativt viste knoglen en skålformet fordybning i overfladen, men ingen egentlig knogleinvolvering. Det exciderede materiale blev fremsendt til histologisk undersøgelse på Afdeling for Oral Patologi, Tandlægeskolen i København.

Histologisk undersøgelse

Snit viste to nærmest halvmåneformede vævsstykker, hvis overflade var beklædt med udtalt hyperplastisk pladeepitel,

Røntgen viser skålformet resorption

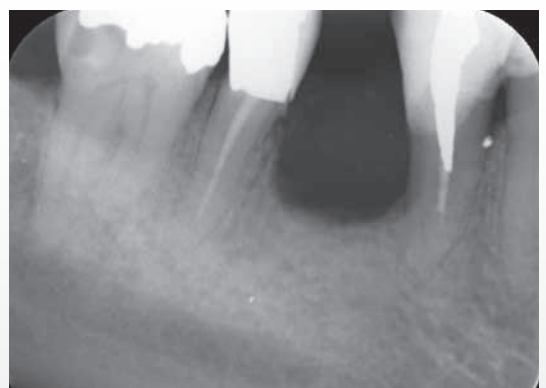


Fig. 3. Enoralt røntgenbillede før behandling. Skålformet overfladeresorption regio 6,5-.

Fig. 3. Intra-oral x-ray prior to treatment. A superficial saucer-shaped resorption is seen in the region 45/46.

Histopatologi

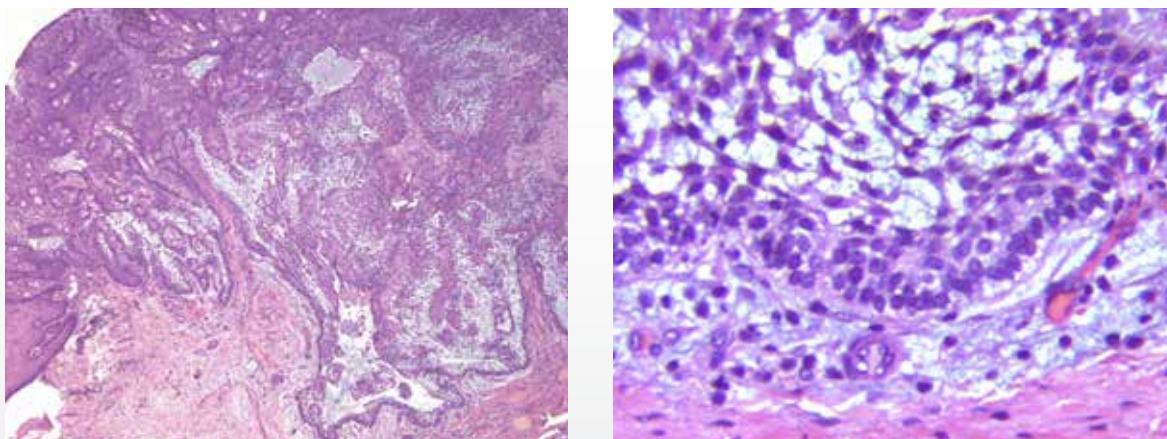


Fig. 4. A. Oversigtsfoto der viser epitelproliferationerne i kontinuitet med overfladeepitelet. Epiteloverfladen ses i øverste venstre hjørne. **B.** Overgangen mellem epitel og bindevæv der viser perifer kubisk differentiering af epitelcellerne med kernerne polariseret væk fra basalmembranen.

Fig. 4. A. Overview showing the epithelial proliferations confluent with the surface epithelium. B. Border zone between epithelium and connective tissue. The epithelium is lined by cuboidal cells exhibiting reverse polarization.

der prolifererede ned i underliggende bindevæv (Fig. 4). I disse områder sås kubiske/cylindriske basalceller i flere områder med kernerne polariseret væk fra basalmembranen. Centralt i epitelproliferationerne sås spredtliggende nærmest stjerneformede epitelceller adskilt af en myksomatøs substans, der var positiv med alcian blå og negativ med PAS. Størstedelen af

epitelproliferationerne var sammenhængende med overfladen, men der sås dog også fritliggende epitelformationer med samme opbygning. Cellekernerne var ensartede, og der observeredes ikke mitosefigurer, ligesom Ki67 viste lav proliferationsrate (< 10 %). Det konkluderes, at der er tale om et ameloblastom, der på det foreliggende grundlag må betegnes som perifert.

Faciale aspekt et år postoperativt



Fig. 5. Et år postoperativt. Facialt ses ingen tegn på recidiv.

Fig. 5. One year post-operatively. Facial aspect region 45/46 with no signs of recurrence.

Faciale aspekt et år postoperativt



Fig. 6. Et år postoperativt. Lingvalt ses ingen tegn på recidiv.

Fig. 6. One year post-operatively. Lingual aspect region 45/46 with no sign of recurrence.



Opfølgning

Heling forløb uden komplikationer. Ved etårs kontrol var der ingen kliniske eller røntgenologiske tegn på recidiv (Fig. 5 og 6). Patienten følges fremadrettet med 12 måneders intervaller.

Diskussion

De kliniske manifestationer for perifere ameloblastomer er uspecifikke. Kun sjældent er perifert ameloblastom den initiale diagnose. Klinisk differentialdiagnostisk overvejes bl.a. pyogent granulom, perifert ossificerende fibrom, perifert kæmpecellegranulom, papillom eller andre hyperplastiske hævelser (8,11). Således tænkes primært på forandringer med inflammatorisk eller anden reaktiv baggrund. Man bør derfor overveje perifert ameloblastom eller andre neoplasier, når en sådan baggrund er fraværende, eller når eliminering af en mulig baggrund er uden effekt. Endelig diagnose kan kun ske efter histologisk undersøgelse. Dette understreger behovet for, at excideret materiale indsendes til histologisk undersøgelse. I det aktuelle tilfælde vurderedes den tidligere hemisektion af den mesiale rodkomponent på 6- at have provokeret en irritationsbetinget proces i området i form af et pyogent granulom.

Som tidligere anført viser perifere ameloblastomer samme histologiske karakteristika og cellulære varianter som de tilsvarende intraossøse tumorer (3,7). Den histopatologiske differentialdiagnostik indebærer især overvejelser om: perifert odontogent fibrom, odontogent gingivalt epitelialt hamartom og "squamous odontogen tumor" (3). Det aktuelle tilfælde må klassificeres som en blandet pleksiform/follikulær type af ameloblastom. Tumor synes udgået fra overfladeepitelet, om end det ikke kan udelukkes, at det er opstået i gingivas bindevæv og senere fusioneret med overfladeepitelet. Ameloblastomer formodes at opstå fra rester af lamina dentalis, der er beliggende i såvel kæbeknoglen som gingivas bindevæv. Imidlertid er det af mange foreslået, at mundslimhindeepitelet, der i fosterlivet er ophav til lamina dentalis, kan være oprindelsesvæv for ameloblastomer (12,13). På basis af det histologiske billede er det fristende at foreslå denne oprindelse i det aktuelle tilfælde.

ABSTRACT (ENGLISH)

Peripheral ameloblastoma

Background – Peripheral ameloblastoma is seen in the soft tissues overlying the tooth-bearing areas of the oral cavity. It is a rare benign variant of the classical central ameloblastoma. Peripheral ameloblastomas tend to be diagnosed in middle-aged and older individuals. There is a male predominance, and the vast majority of cases are seen in the mandible. Clinically a slowly growing painless exophytic growth is seen. Histopathological examination reveals an ameloblastic growth pattern usually beneath an intact surface epithelium. Significant bone involvement is not seen.

KLINISK RELEVANS

Om end sjældent er det perifere ameloblastom en af de hyppigst forekommende perifere odontogene tumorer, og den præsenterer sig som en benign fokal overvækst i gingiva. Differentialdiagnostisk forveksles de oftest med læsioner med inflammatorisk eller anden reaktiv årsag. Dette kan resultere i insufficiens med hensyn til diagnostik og behandling. Neoplasier bør således mistænkes ved fravær af en mulig årsag, eller manglende

regression efter eliminering af en mistænkt årsag. Da nogle perifere odontogene tumorer, herunder perifert ameloblastom, har en relativt høj recidivrate og et, om end lavt, malignt transformationspotentiale, er diagnostik, sufficient behandling og opfølgning væsentligt. Endelig diagnose kan kun stilles histologisk. Nærværende artikel understreger således betydningen af, at excideret væv indsendes til histologisk undersøgelse.

På trods af de cellulære fællesnævner er den perifere subtypes biologiske opførsel markant anderledes end den centrale types (3). Den vokser langsomt og langt mindre aggressivt. Fraset den formentlig tryk-medierede overfladeresorption ses kun yderst sjældent invasiv neoplastisk vækst. Nogle forfattere, eksempelvis Gardner (7), vurderer, at det kan skyldes den tætte barriere, som udgøres af gingivas tætte bindevæv, periost og processus alveolaris' corticalislamel. Den radiologisk erkendelige skålformede knogledefekt i området hos den aktuelle patient var ikke så udtalt peroperativt, som man kunne forvente fra det radiologiske billede. En del af defekten kan eventuelt tilskrives den tidligere hemisektion af den mesiale rodkomponent på 6-. Med baggrund i den tidligere nævnte risiko for recidiv sammenholdt med det, om end beskedne, maligne potentiale vil den aktuelle patient blive fulgt over en lang periode.

Case study – In the present article a case of peripheral ameloblastoma in the mandibular molar/pre-molar area in a 76-year-old male is presented. The preoperative diagnosis was pyogenic granuloma or other lesion caused by an irritative stimulus. The lesion was surgically excised and the histological examination revealed an ameloblastoma.

Conclusion – The clinical presentation of peripheral ameloblastoma is not pathognomonic and the diagnosis can only be established upon histological examination of excised tissue. Peripheral ameloblastomas are treated by means of surgical excision. One year post-operatively, there were no signs of recurrence.

Litteratur

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P et al. World Health Organization Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press, 2005.
2. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006;35:392-401.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Nikai H et al. Peripheral ameloblastoma: biological profile based on 160 cases from the literature. *Oral Oncol* 2001;37:17-27.
4. Manor Y, Mardinger O, Katz J et al. Peripheral odontogenic tumours – differential diagnosis in gingival lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004;33:268-73.
5. Buchner A, Sciubba JJ. Peripheral epithelial odontogenic tumors: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:688-97.
6. Stanley HR Jr, Krogh HW. Peripheral ameloblastoma; report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1959;12:760-5.
7. Gardner DG. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:660-9.
8. Nauta JM, Panders AK, Schoots CJ et al. Peripheral ameloblastoma. A case report and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992;21:40-4.
9. Ide F, Kusama K. Difficulty in predicting biological behavior of peripheral ameloblastoma. *Oral Oncol* 2004;40:651-2.
10. Baden E, Doyle JL, Petriella V. Malignant transformation of peripheral ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:214-9.
11. Martelli-Júnior H1, Souza LN, Santos LA et al. Peripheral ameloblastoma: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:E31-3.
12. Gardner DG. Peripheral ameloblastoma: a study of 21 cases, including 5 reported as basal cell carcinoma of the gingiva. *Cancer* 1977;39:1625-33.
13. Anneroth G, Johansson B. Peripheral ameloblastoma. *Int J Oral Surg* 1985;14:295-9.

Det rigtige
smil...

Kvalitets-tandteknik til konkurrencedygtige priser

Zolid FX fuldzirkon-krone (et smukt og stærkt alternativ til lithium disilicate-kroner) med digitalt aftryk på 3Shape Trios og på Sirona Cerec, fræset på 3 dage i Odense fra kr. 695.

Europa-mk-krone på Co/Cr på én uge kr. 775.

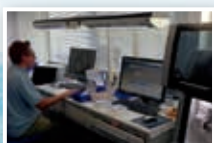
Book et frokost-info-møde for hele klinikken - vi tager frokost med!

Tal med Dorte eller Lotte på **66134088** eller skriv til info@larsen-dental.dk.

Læs mere: www.larsen-dental.dk



Dorte Danielsen



Før



Efter



Morgens Larsens dentallaboratorier



Mogens Larsen
Dentallaboratorium
Tlf. 66 13 40 88



AKK
Dentallaboratorium
Tlf. 65 91 20 16



DKM Import
Dentallaboratorium
Tlf. 66 13 40 88



Haderslev
Dentallaboratorium
Tlf. 74 52 57 95



DANSK FULDANATOMISK KRONE

Zirkonium krone

FRA KR. 750,-

e.max krone

FRA KR. 825,-

KONTAKT OS FOR NÆRMERE INFORMATION
86 82 83 33

Vi modtager nu digitale aftryk fra bl.a. 3Shape Trios og Sirona/Cerec

SUENSONSVEJ 3 - 8600 SILKEBORG - 86 82 83 33
WWW.DESIGNDENTAL.DK - INFO@DESIGNDENTAL.DK