

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de gangbare classificaties van dentogene tumoren alsmede de op histologische grondslagen gebaseerde indeling van het ameloblastoom in een folliculair type, een plexiform type, een acanthomateus type, een basaalcel type en een granulaire type, zoals door de W.H.O. wordt voorgesteld.

In hoofdstuk 4 komt de pathogenese aan de orde. Na een korte beschrijving van de normale tandontwikkeling worden de tandlijst, het glazuurorgaan, de epitheelresten van Malassez, het dentogeen cyste epitheel en het de processus alveolaris bedekkende epitheel als mogelijke bronnen van het ameloblastomateuze epitheel besproken.

De conclusie wordt getrokken dat het aan nemelijk is, dat het intraossale ameloblastoom vanuit het glazuurorgaan of vanuit de epitheelresten van Malassez ontstaat. Het wordt onwaarschijnlijk geacht dat het de processus alveolaris bedekkende epitheel direct bij de genese van het intraossale ameloblastoom een rol speelt. Met betrekking tot het perifere ameloblastoom zou een ontstaanswijze direct uit het de pro-

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding tot deze studie vermeld en worden de doelstellingen geformuleerd. De aanleiding is geweest dat de meningen over de wijze waarop ameloblastomen dienen te worden behandeld nogal uiteenlopen. De doelstellingen zijn om aan de hand van een literatuurstudie de wetenschappelijke basis voor deze verschillende meningen te evalueren, om aan de hand van het patiëntenmateriaal van de Kliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht een retrospectief onderzoek te doen naar de resultaten van de verschillende behandelwijzen en om door middel van een histologisch onderzoek van operatiepreparaten de groeiwijze in het omgevende weefsel te bestuderen, om zo te komen tot een mogelijk wat meer gedifferentieerde therapeutische benadering van het ameloblastoom.

In hoofdstuk 2 wordt een historisch overzicht gegeven. Hierin wordt verwezen naar een verhandeling van Petrus Koning uit 1825 aan wie, in tegenstelling tot wat de literatuur aangeeft, de eerste gedetailleerde beschrijving van een ameloblastoom moet worden toegeschreven.

cessus alveolaris bedekkende epitheel kunnen voorkomen, doch waarschijnlijker is dat de epitheelresten van Serres hierbij een rol spelen.

In hoofdstuk 5 wordt de literatuur betreffende het ameloblastoom aan een kritisch onderzoek onderworpen. Er wordt gewezen op het probleem, dat niet alle als ameloblastoom beschreven tumoren ook werkelijk ameloblastomen zijn, met name in de wat oudere literatuur. Hierdoor kan het in de literatuur vermelde recidiepercentage van de conservatieve behandeling te laag zijn uitgevallen. De frequentie waarmee het ameloblastoom voorkomt, wordt in de literatuur zeer wisselend opgegeven door de sterke variatie van de referentiegroepen die worden gebruikt. In ons eigen archief vormen de ameloblastomen 1% van de 10.000 intra-orale afwijkingen die voor pathologisch onderzoek zijn ontvangen, 6,6% van alle bij ons geregistreerde hoofd-halstumoren en 47% van de dentogene tumoren. Over de incidentie van het ameloblastoom zijn te weinig gegevens bekend om hierover een uitspraak te doen. Wel kan de conclusie worden getrokken, dat de incidentie van het ameloblastoom tussen verschillende populaties sterk varieert. Uit het eigen materiaal kan voor de Nederlandse populatie een incidentie van 0,6 per miljoen worden berekend. In de literatuur wordt geen voorkeur voor een bepaald geslacht opgegeven. De gemiddelde leeftijd waarop het ameloblastoom wordt gediagnosticeerd, ligt rond 40 jaar, met een spreiding van 7 tot 82 jaar. De hoogste frequentie wordt aangetroffen tussen het 20ste en 30ste levensjaar.

Ook de localisatie van het ameloblastoom blijkt bij de diverse bevolkingsgroepen uiteen te lopen.

Bij Nigieranen en Dominicanen komt het ameloblastoom meer in het onderfront voor dan bij andere etnische oerenerin-

lijk dat een ontstekingsfactor hierbij een rol speelt. Tot slot worden in dit hoofdstuk de klinische en röntgenologische verschijningsvormen besproken.

In hoofdstuk 6 wordt het ameloblastoom in samenhang met het B.N.S. - syndroom beschreven. In de literatuur zijn elf gevallen vermeld. Slechts 4 publicaties geven een duidelijke histologische beschrijving. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op het maligne ameloblastoom. Er wordt getracht te komen tot een nadere onderverdeling van die ameloblastomen die een afwijkend klinisch gedrag tonen. Zij kunnen zich uiten in het manifest worden van een metastase of een lokaal uitermate agressief gedrag.

In de literatuur worden slechts die tumoren als bewezen maligne ameloblastoom aanvaard, die zowel in de primaire tumor als in de metastase onmiskenbaar ameloblastomateus weefsel tonen, ook al kunnen daarnaast in primaire tumor en metastase tevens anaplastische tumorgebieden worden gezien. Daarnaast zijn er de zich lokaal zeer agressief gedragende ameloblastomen, waarbij geen metastase is aangetoond of waarbij in de metastase alleen ongedifferentieerde tumorpartijen worden aangetroffen.

Het voorstel wordt gedaan om deze laatste groep "ameloblastische carcinomen" te noemen. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt een geval van een ameloblastisch carcinoom besproken.

In hoofdstuk 8 wordt het uniloculaire ameloblastoom gedefinieerd als een uniloculaire laesie, waarin ameloblastomateuze structuren worden aangetroffen.

De gemiddelde leeftijd waarop het uniloculaire ameloblastoom voorkomt en het mogelijk afwijkende klinische gedragspatroon worden besproken. Tot slot wordt ingegaan op de diagnostische problemen ten aanzien van het uniloculaire ameloblastoom en de criteria welke hiervoor

zoek van het eigen materiaal wordt de conclusie getrokken, dat de histologische criteria die Vickers and Gorlin in 1970 hebben opgesteld als te beperkt moeten worden beschouwd.

In hoofdstuk 9 worden de diverse behandelmethoden besproken. De behandeling van ameloblastomen met scleroserende agentia, cryotherapie, electrocoagulatie, chemotherapie, alsmede radiotherapie moet slechts als aanvullende behandel-methode worden gezien. De meest relevante publicaties over de conservatieve en radicale chirurgische therapie zijn in tabelvorm samengevat. Daarbij is vooral aandacht geschonken aan die ingrepen, waarbij een na-controletijd van minimaal 5 jaar is verkregen. Geconcludeerd wordt dat alle auteurs, die een na-onderzoek hebben verricht aan de hand van grotere aantallen patiënten unaniem tot de conclusie komen, dat het ameloblastoom primair radicaal chirurgisch moet worden behandeld. Het recidiefpercentage na conservatieve behandeling blijkt rond de 75% te liggen; dat voor radicale behandeling daarentegen rond de 15%.

In hoofdstuk 10 komt het eigen na-onderzoek aan de orde. Daar de gebruikelijke classificatie van de W.H.O. gebaseerd op histologische grondslagen geen prognostische waarde bezit, wordt een nieuwe klinische classificatie voorgesteld, die mogelijk bijdraagt tot het scheppen van prognostisch homogene categorieën, die zich wat betreft hun prognose onderscheiden. In het totaal vormen 84 patiënten, die vanaf 1935 in de kliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Utrecht aan een ameloblastoom zijn geopereerd, de basis voor dit na-onderzoek.

Om de groepen zo homogeen mogelijk te maken werd het materiaal onderverdeeld in patiënten die primair in Utrecht zijn behandeld en patiënten die na een recidief van een behandeling elders werden geopereerd. Het percentage recidief-vrije patiënten van primair conservatieve be-

handeling in Utrecht bedraagt 48%, opgebouwd uit een recidief-vrij percentage van 80% van de uniloculaire ameloblastomen en 27% van de multiloculaire ameloblastomen. Dit laatste percentage komt overeen met de in de literatuur opgegeven resultaten van conservatieve behandeling, alsmede met het recidief-vrije percentage van 27% van de resultaten van de primair conservatieve behandeling in Utrecht van recidieven.

Het recidief-vrije percentage van de primair radicale behandeling in Utrecht is 75% en dat van de radicale behandeling van recidief tumoren van elders 92%.

De conclusie kan worden getrokken, dat ook in ons materiaal het uniloculaire ameloblastoom zich kenmerkt door een lager recidiefpercentage na conservatieve therapie dan het multiloculaire ameloblastoom. Wat betreft het multiloculaire ameloblastoom kan worden geconcludeerd, dat de resultaten van de radicale chirurgische therapie veel gunstiger zijn en dat het grootste deel van de conservatief behandelde patiënten uiteindelijk toch nog een radicale ingreep moest ondergaan.

In hoofdstuk 11 worden de resultaten van het histologische onderzoek besproken. De aandacht wordt gevestigd op het voorkomen van mitose-activiteit, die als een op zichzelf staand verschijnsel in ameloblastomen geen indicatie is voor een agressiever gedrag. Een "clear"-cel variant van het ameloblastoom wordt besproken alsmede het voorkomen van tumorvelden die uit spoelvormige epitheelcellen bestaan. Op grond van het feit dat deze uit spoelvormige cellen bestaande epitheelproliferaties in zowel uni- als multiloculaire ameloblastomen voorkomen kan de hypothese van Gardner, dat deze structuren de diagnose ameloblastoom rechtvaardigen, worden ondersteund.

Aan de hand van 28 operatiepreparaten werden de groeiwijze en de reactie van het omneevende weefsel op het ameloblastoom onderzocht. In het spongieuze

bot werd frequent infiltratieve groei waargenomen; in het corticale bot was deze neiging gering. Het periost vormde over het algemeen een goede barrière voor de tumor. In de richting van de mucosa welke de processus alveolaris bedekt, werd daarentegen veelal geen goede afkapseling van de tumor waargenomen.

De mogelijkheid wordt niet uitgesloten geacht, dat het infiltratieve groeipatroon

van het ameloblastoom in het spongieuze bot wordt veroorzaakt door secundaire insluiting van tumor bij de remodellering van bot.

In hoofdstuk 12 worden de argumenten van de voorstanders van conservatieve therapie besproken en van kritische kanttekeningen voorzien, waarna een therapieadvies wordt gegeven voor het multiloculaire ameloblastoom en het uniloculaire ameloblastoom.