

Occurrence of ameloblastoma in an old man in an unexpected site: A case report

Fatemeh Owlia¹, Mohsen Barzegar², Farinaz Sabaghzadegan³, Shima Mosallaei Pour⁴,
Zahra Gorji⁴, Kimia Mashayekh^{4*}

1- Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3- Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

4- Post-Graduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Article Info

Article type:
Case Report

Article History:
Received: 26 Nov 2025
Accepted: 7 Apr 2026
Published: 13 Apr 2026

Corresponding Author:
Kimia Mashayekh

School of Dentistry, Shahid Sadoughi
University of Medical Sciences, Yazd,
Iran

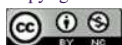
(Email: mashayekhkimia95@gmail.com)

Abstract

Ameloblastoma is one of the most common benign tumors originating from odontogenic tissues. Despite being benign, it has a locally aggressive behavior and a high tendency to relapse. While, this tumor is mainly found in the posterior region of the mandible, its occurrence in the maxilla is rare and is associated with more diagnostic and therapeutic challenges. This report presents a rare case of ameloblastoma in the maxilla of a 64-year-old male patient who presented with painless swelling and significant extension of the lesion to the midpalate. Clinical, radiological, and histopathological findings were reviewed and after necessary evaluations, the diagnosis of ameloblastoma was confirmed. The anatomical complexity of the maxilla, proximity to vital structures, and surgical limitations make the management of these tumors more difficult. The present report emphasizes the importance of early diagnosis, careful histological examination, and the need for a multidisciplinary therapeutic approach in dealing with this type of tumor.

Keywords: Ameloblastoma, Head and neck, Maxilla, Odontogenic tumors

Cite this article as: Owlia F, Barzegar M, Sabaghzadegan F, Mosallaei Pour S, Gorji Z, Mashayekh M. Occurrence of ameloblastoma in an old man in an unexpected site: A case report. J Dent Med-TUMS. 2026;39:13. [Persian]



رخداد آمولوبلاستوما در آقای مسن در مکانی غیر معمول: یک گزارش مورد

فاطمه اولیاء^۱، محسن برزگر^۲، فریناز صباغ زادگان^۲، شیما مصالایی پور^۴، زهراگرچی^۴، کیمیا مشایخ^{۴*}

- ۱- دانشیار گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۲- استادیار گروه آموزشی جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۳- استادیار گروه آموزشی آسیب شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۴- دستیار تخصصی گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: گزارش مورد</p>	
<p>دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۵ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۸ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۲۴</p>	<p>آمولوبلاستوما یکی از شایع‌ترین تومورهای خوش خیم منشأ گرفته از بافت‌های ادنتوژنیک است که علیرغم خوش خیم بودن، رفتار موضعا تهاجمی داشته و تمایل بالایی به عود دارد. در حالی که این تومور عمدتاً در ناحیه خلفی مندیبل دیده می‌شود، بروز آن در ماگزایلا نادرتر بوده و با چالش‌های تشخیصی و درمانی بیشتری همراه است. این گزارش به معرفی یک مورد نادر از آمولوبلاستوما در ماگزایلا، یک بیمار مرد ۶۴ ساله می‌پردازد که با تورم بدون درد و گسترش قابل توجه ضایعه تا کام میانی مراجعه کرده بود. یافته‌های بالینی، رادیولوژیک و هیستوپاتولوژیک مورد بررسی قرار گرفت و پس از ارزیابی‌های لازم، تشخیص آمولوبلاستوما تأیید شد. پیچیدگی آناتومیکی فک بالا، مجاورت با ساختارهای حیاتی و محدودیت‌های جراحی، مدیریت این تومورها را دشوارتر می‌سازد. گزارش حاضر بر اهمیت تشخیص زود هنگام، بررسی دقیق بافت شناسی و لزوم رویکرد درمانی چندتخصصی در مواجهه با این نوع تومورها تأکید دارد.</p>
<p>نویسنده مسؤول: کیمیا مشایخ</p>	
<p>دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران</p>	
<p>(Email: mashayekhkimia95@gmail.com)</p>	<p>کلید واژه‌ها: آمولوبلاستوما، سر و گردن، ماگزایلا، تومور ادنتوژنیک</p>

مقدمه

آملوبلاستوما به عنوان شایع‌ترین تومور خوش خیم ادنتوژنیک شناخته می‌شود و حدود ۱۰٪ از کل تومورهای را که در فک بالا و پایین ایجاد می‌شوند، تشکیل می‌دهد (۱). اغلب در دهه چهارم و پنجم زندگی دیده می‌شود و تفاوتی از نظر جنسیت ندارد. ماهیت مبهم آن با سرعت رشد آهسته، مشابه تومورهای خوش خیم، اما با ویژگی‌های تهاجمی موضعی، با میزان عود بالا و پتانسیل متاستاز مشابه تومورهای بدخیم آشکار می‌شود. رشد آن در مندیبل آهسته و معمولاً بدون درد است و به همین دلیل ممکن است تا مدت‌ها بدون علامت باقی بماند. در مراحل اولیه، بیماران معمولاً تنها با تورم بدون درد مراجعه می‌کنند و این حالت ممکن است تا مدت‌ها ادامه پیدا کند (۲). در ادامه، ممکن است علائمی مانند لق شدن دندان‌ها، جابجایی ریشه یا تحلیل آن‌ها بروز کند. در مراحل پیشرفته‌تر، درگیر شدن استخوان کورتیکال و گسترش ضایعه باعث بروز مشکلات عملکردی و حسی می‌شود (۱).

آملوبلاستومای توپر متداول یا مولتی سیستیک، الگوهای هیستوپاتولوژیک متفاوتی را می‌تواند بروز دهد از جمله الگوهای فولیکولار و پلکسی فرم (شبکه‌ای) که شایع‌ترین انواع هستند. در الگوی فولیکولار، جزایری از اپی تلیوم ادنتوژنیک در استرومای همبندی فیروزه مشاهده می‌شود. سلول‌های محیطی این جزایر، استوانه‌ای شکل و دارای هسته‌هایی با قطبیت معکوس است و سلول‌های مرکزی درون جزایر شبیه به رتیکولوم ستاره‌ای می‌باشد. الگوی پلکسی فرم به صورت طناب‌های طویل و متقاطع از اپی تلیوم ادنتوژنیک در استرومای همبندی مشاهده می‌شود. الگوهای هیستوپاتولوژیکی که کمتر شایع هستند شامل آکانتوماتوز، گرانولرسل، دسموپلاستیک و بازال سل می‌باشد. آملوبلاستوما بندرت رفتار بدخیم از خود بروز می‌دهد (۳).

وقتی این تومور در ماگزایلا بروز پیدا کند، شرایط فرق می‌کند. آملوبلاستومای ماگزایلا در مقایسه با نوع مندیبل کمتر دیده می‌شود و فقط حدود ۱۵ درصد از کل موارد را شامل می‌شود. اکثر این موارد در بخش خلف ماگزایلا یعنی ناحیه مولرها رخ می‌دهد. نکته جالب این است که سن بروز این تومورها در ماگزایلا معمولاً حدود یک دهه دیرتر از مندیبل است. شاید دلیلش این باشد که علائم اولیه ندارند و دیرتر تشخیص داده می‌شوند (۴،۵).

در مواردی که تومور به اندازه بزرگی برسد، ممکن است علائم

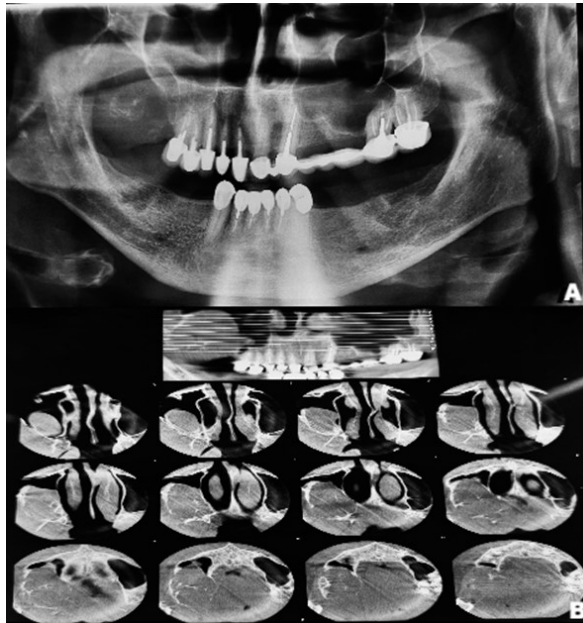
بارزتری نیز بروز کند، به ویژه در آملوبلاستومای ماگزایلا که تهاجمی‌تر از نوع مندیبل است. استخوان اسفنجی ماگزایلا به این تومورها اجازه می‌دهد به راحتی به بخش‌های اطراف مانند حفره بینی، سینوس‌ها، چشم و حتی پایه جمجمه گسترش پیدا کنند. وقتی علائم ظاهر می‌شوند، ممکن است به شکل تورم یک طرفه صورت، درد دندان، خونریزی از بینی یا اختلالات بینایی دیده شوند (۴،۵).

به طور کلی، آملوبلاستوما، به ویژه زمانی که در ماگزایلا بروز می‌یابد، یکی از تومورهای چالش برانگیز در حوزه جراحی فک و صورت به شمار می‌رود. پیچیدگی‌های آناتومیکی ماگزایلا، نزدیکی به ساختارهای حیاتی مانند سینوس‌ها، حفره بینی و قاعده جمجمه و نیز پتانسیل بالای این تومور برای عود، مدیریت درمانی آن را دشوارتر می‌سازد. از سوی دیگر، آثار عملکردی و زیبایی شناختی ناشی از گسترش تومور یا جراحی‌های وسیع می‌تواند تأثیر چشم‌گیری بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد. در این گزارش، ما به معرفی یک مورد نادر از آملوبلاستوما ماگزایلا پرداختیم که به دلیل ویژگی‌های بالینی غیر معمول، نیازمند رویکرد تشخیصی و درمانی دقیق‌تری بوده است.

گزارش مورد

بیمار، آقای ۶۴ ساله، با شکایت از تورم لته در فک بالا به بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی یزد مراجعه کرده بود. بر اساس اظهارات بیمار، وی از حدود یک سال گذشته متوجه این تورم شده که بدون درد بوده، اما گاهی اوقات با خونریزی همراه بوده است. در سابقه پزشکی بیمار، ابتلا به بیماری قلبی (انجام آنژیوگرافی طی دو سال گذشته) و همچنین فشار خون بالا ذکر شده بود. بیمار تحت درمان با داروهای متوپرولول ۴۰ (متورال ۴۰)، آسپیرین، نیتروگلیسرین، کلونازپام و پنتومید می‌باشد.

در معاینه خارج دهانی، عدم تقارن در صورت وجود داشت در نمای ظاهری تورم واضح در ناحیه ی زایگوما و پری ناحیه ی ماگزایلا مشهود بود. پوست پوشاننده سالم، فاقد قرمزی و گرما بود. غدد لنفاوی تحت فکی دو طرف، به صورت متحرک، سفت (firm) و بدون درد (nontender) و با اندازه کمتر از ۱ سانتی‌متر لمس شدند. معاینه سینوس‌ها طبیعی بود و اعصاب ناحیه نیز سالم (intact) بودند و هیچ‌گونه پارستزی یا دیس استزی دیده نشد.



شکل ۲- (A) نمای پانورامیک. (B) نمای CBCT

در معاینه داخل دهانی، تورم استخوانی در ریج آلوئولار سمت راست از ناحیه دیستال دندان‌های خلفی تا ناحیه توبروزیته مشاهده شد. تورم به صورت گسترده در اطراف ضایعه وجود داشت و تا ناحیه میدلاین کام (پالاتال) گسترش یافته بود. ابعاد حدودی ضایعه ۴×۳×۱ سانتی متر گزارش شد. در سطح ضایعه، در ناحیه قدامی زخم دیده شد و ناحیه خلفی ضایعه دارای سطحی مواج بود. ناحیه قدامی ضایعه در لمس، دارای قوام سخت (firm) بود (شکل ۱).



شکل ۱- نمای داخل دهانی ضایعه

با توجه به ترس شدید بیمار از بیهوشی عمومی و بستری شدن در بیمارستان، بعد از ارائه توضیحات لازم و کسب رضایت آگاهانه از بیمار، تیم درمانی تصمیم گرفت تا درمان به صورت سرپایی در بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی انجام شود.

در این مورد تکنیک انتخابی جراحی خارج سازی ضایعه انوکلیشن به همراه استئوکتومی محیطی بود. برشی از ناحیه دیستال دندان ۵ تا خلف توبروزیته انجام شد. برداشتن جراحی توده توپر متشکل از استخوان و بافت نرم با حاشیه امن و ماگزیکتومی کامل سمت راست، طبق روش وبر فرگوسن انجام شد. حدقه چشم حفظ شد، اما به دلیل درگیری، شاخک تحتانی بینی نیز برداشته شد (شکل ۳). از آبچورتور بعد از جراحی استفاده نگردید. نمونه در محلول فرمالین جهت بررسی پاتولوژیک ارسال گردید.

در بررسی میکروسکوپی، ضایعه به رنگ قهوه‌ای خاکستری، در برش توپر و در برخی نواحی کیستیک، با قوام firm و به ابعاد ۱/۵×۴×۶ سانتی متر بود.

نمونه مورد ارزیابی هیستوپاتولوژی قرار گرفت. در بررسی میکروسکوپی نمونه حاضر، پرولیفراسیون جزایر و کیست‌های متعدد با ویژگی‌های آمولوبلاستومایی با اپی تلیوم دارای لایه بازال استوانه‌ای، هسته‌های هایپرکروم، آرایش نردبانی و دارای قطبیت معکوس و نیز سلول‌های سوپرابازال دارای آرایش سست رتیکولوم ستاره‌ای بود که در زمینه‌ای از بافت همبندی

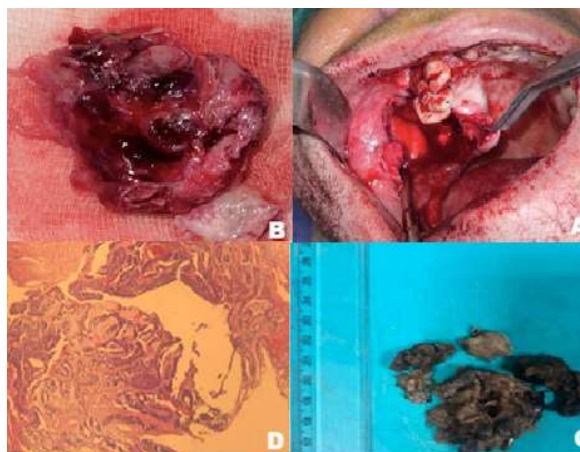
در بررسی پانورامیک و CBCT تهیه شده از سمت راست استخوان ماگزایلا، ضایعه رادیولوسنت مولتی لاکولار لوکالیزه با حدود مشخص در خلف ماگزایلا سمت راست مشاهده شد. حدود مزیدیستالی ضایعه از ناحیه دندان ۵ بالا راست تا توبروزیته و حدود اکلوژوآلوئولاری آن از کرست آلوئول تا ورای سینوس ماگزایلاری همان سمت بود. در ساختار داخلی سپتاهای wispy مشاهده شد. ضایعه موجب expansion & thinning تابل باکال و پالاتال و کرست آلوئول شده بود. Elevation & discontinuity کف سینوس ماگزایلاری مشاهده شد. دیواره مدیالی سینوس ماگزایلاری intact بود (شکل ۲).

طی اسپیراسیون از ضایعه، مایعی خارج نشد. بیمار جهت انجام بیوپسی به بخش جراحی دهان و فک و صورت ارجاع گردید.

تشخیص افتراقی شامل، آمولوبلاستوما، odontogenic keratocyst، minor salivary gland tumor و CGCG می‌باشد.

چالش‌های بالینی بیشتری به همراه خواهد داشت که عمدتاً ناشی از تفاوت‌های ساختاری و آناتومیکی فک بالا است (۴،۶). تورم گونه، لته یا کام سخت در ۹۵ درصد از بیماران با آمولوبلاستوما درمان نشده ماگزایلا به عنوان شکایت اصلی گزارش شده است. مخاط پوشاننده نرمال بوده و در اغلب موارد بیماران درد و پاراستزی گزارش نمی‌کنند. استخوان ناحیه درگیر ممکن است نازک شده و کریپتوس در لمس وجود داشته باشد. در صورت سوراخ شدن استخوان پوشاننده تورم ممکن است به صورت سفت یا موج حس شود (۷). در بیمار حاضر نیز موارد ذکر شده وجود داشت و تورم در ناحیه قدامی سفت و در ناحیه خلفی موج بود. آمولوبلاستوماهای توپر و چندکیستی ممکن است منشأ مشابهی در ناحیه‌ای با تغییرات نئوپلاستیک (رشد توموری) داشته باشند. کانون‌های کوچک آمولوبلاستوما به صورت سه بعدی گسترش می‌یابند، این کانون‌ها به توده‌هایی تبدیل می‌شوند که یا شکل توپر خود را حفظ می‌کنند یا فضاهای میکروکیستی و یا ماکروکیستی ایجاد می‌کنند که با اپی‌تلیوم آمولوبلاستیک پوشیده شده‌اند. ضایعات فک بالا ممکن است به بینی، سینوس‌ها، حذقه چشم، استخوان‌های گونه و صورت مجاور و قاعده جمجمه نفوذ کرده و آن‌ها را درگیر نمایند (۸). نمای رادیوگرافی آمولوبلاستوما به صورت حفره یونی لاکولار تا مولتی لاکولار که توسط سپتاهای رادیوپاک خشن و منحنی با الگوی حباب صابونی یا لانه زنبوری می‌باشد، متغیر است (۷). رده بندی جدید سازمان جهانی بهداشت آمولوبلاستوما را به چند نوع تقسیم می‌کند (۹): نوع کلاسیک (solid)، نوع یونی کیستیک، نوع محیطی (خارج استخوانی) و نوع متاستاتیک. از لحاظ بافت شناسی، آمولوبلاستوما معمولاً با ساختار جزایر سلولی اپی‌تلیالی دیده می‌شود که درون آن‌ها سلول‌های ستاره‌ای شکل قرار دارند و سلول‌های استوانه‌ای پیرامونی با قطبیت هسته‌ای معکوس آن‌ها را احاطه کرده‌اند (۴،۵). آمولوبلاستوما توپر متداول یا مولتی سیستیک، الگوهای هیستوپاتولوژیک متفاوتی را می‌تواند بروز دهد از جمله الگوهای فولیکولار و پلکسی فرم (شبه‌ای) که شایع‌ترین انواع هستند و الگوهای هیستوپاتولوژیکی آکانتوماتوز، گرانولرسل، دسموپلاستیک و بازال سل کمتر شایع هستند (۱۰).

در گزارش حاضر آمولوبلاستوما مولتی سیستیک در اغلب نواحی دارای الگوی فولیکولار و در بخش‌های کوچکی از ضایعه دارای الگوی پلکسی فرم بود.



شکل ۳- (A, B) جراحی اکسیژنال ضایعه. (C) نمای ماکروسکوپی ضایعه، به رنگ قهوه ای خاکستری (D) نمای میکروسکوپی ضایعه

فیروزه همراه با عروق خونی بالغ و در برخی نواحی ارتشاح شدید سلول‌های التهابی مزمن مشاهده گردید (پرولیفراسیون جزایر متعدد آمولوبلاستومایی در زمینه‌ای از بافت همبندی فیروزه و تشکیل فضاهای کیستیک متعدد). هیچ گونه دیسپلازی در سلول‌ها مشاهده نشد (شکل ۴).



شکل ۴- فالوآپ بعد از ۶ ماه

بحث و نتیجه گیری

آمولوبلاستوما یک تومور ادونتوژنیک با رشد آهسته ولی رفتار به طور موضعی مهاجم است که معمولاً در بخش خلفی مندیبل بروز می‌یابد. با این حال، نوع ماگزایلا آن که شیوع کمتری دارد، به مراتب

و نازک شدن صفحات باکال و لینگوال شده است که با ویژگی اصلی OKC که گسترش آن طولی بوده و به مقدار کمتری اکسپنشن صفحات باکال و پالاتال می‌دهد مغایر است (۱۵).

تومورهای غدد بزاقی فرعی دارای قوام الاستیک و موج در لمس بوده، عموماً دارای رشد کند می‌باشند در حالیکه قوام ضایعه در ناحیه خلفی firm بوده و در ناحیه قدامی به علت تخریب استخوان کورتیکال قوام متموج گزارش شده است (۱۶). درمان آملوبلاستوما ماگزایلا به مراتب دشوارتر از موارد مندیبل است، چرا که جراحی کامل با حاشیه امن در فک بالا بدون آسیب به ساختارهای حیاتی مجاور همواره ممکن نیست (۵). یک عمل جراحی اولیه قطعی، بهترین فرصت را برای درمان ارائه می‌دهد. برداشتن تومور باید با هدایت تصویربرداری CT scan یا MRI قبل از عمل و نمونه‌های برش منجمد حین عمل انجام شود. لانه‌های سلول‌های تومور از توده اصلی ضایعه دور می‌شوند. ساختارهای عصبی در مجاورت ضایعه و بافت نرم پوشاننده استخوان کورتیکال که توسط ضایعه نفوذ کرده است، تحت تاثیر قرار می‌گیرند (۸).

برداشتن استخوان و بافت نرم باید حاشیه‌های وسیع و عاری از تومور را در تمام ابعاد، تا حدی یا فراتر از آن، که برای آملوبلاستوما توصیه می‌شود، حفظ کند. روش‌های مختلف درمان جراحی، از جمله تخلیه چشم، انوکلیشن و کوتریزاسیون شیمیایی (محلول کارنوی ۵ / FU U)، رزکشن مارژینال و سگمنتال و همی مندیبولکتومی می‌باشد (۱۷). در این بیمار، علاوه بر وسعت ضایعه، سن بالا و ابتلا به بیماری قلبی و فشار خون، شرایط درمانی را پیچیده‌تر کرده‌اند و لزوم هماهنگی بین تخصص‌های مختلف از جمله جراحی فک و صورت، پاتولوژی و بیهوشی را افزایش می‌دهند. باتوجه به محل، اندازه و پتانسیل تهاجمی ضایعه، رویکرد درمانی باید به صورت چند تخصصی طراحی شود تا هم هدف درمان کامل حاصل شود و هم عوارض زیبایی و عملکردی تا حد امکان کاهش یابد. از سوی دیگر، پیگیری‌های دراز مدت ضروری هستند چرا که احتمال عود، به ویژه در فک بالا، به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر است (۱۸).

ویزیت‌های دوره‌ای و پیگیری باید هر ۳ ماه یکبار در سال اول، هر ۶ ماه یکبار در ۵ سال بعدی و پس از آن سالانه برای بیش از ۲۰ سال برنامه ریزی شود (۸). در این مورد پس از فالوآپ ۶ ماهه نیز عود گزارش نشد.

این مورد، نمونه‌ای از چالش‌های بالینی آملوبلاستوما در فک بالا را به تصویر می‌کشد، توموری که در نگاه اول ممکن است ساده به نظر

در این گزارش، تومور در ناحیه خلفی ماگزایلا یک مرد ۶۴ ساله مشاهده شد که از نظر سن و محل بروز، با روندهای گزارش شده در مطالعات پیشین هم راستا است، چرا که موارد ماگزایلاری معمولاً یک دهه دیرتر از موارد مندیبل بروز می‌کنند (۴).

علائمی که بیمار گزارش کرد شامل تورم بدون درد طی حدود یک سال، همراه با خونریزی‌های گهگاه بود که ماهیت پنهان و بی‌علامت اولیه این تومور را برجسته می‌کند. همین ویژگی باعث می‌شود که تومورهای ماگزایلا اغلب در مراحل پیشرفته‌تر و با اندازه بزرگ‌تر تشخیص داده شوند (۱۱). استخوان اسفنجی ماگزایلا به این تومورها اجازه می‌دهد به راحتی به بخش‌های اطراف مانند حفره بینی، سینوس‌ها، چشم و حتی قاعده جمجمه گسترش پیدا کنند. وقتی علائم ظاهر می‌شوند، ممکن است به شکل تورم یک طرفه صورت، درد دندان، خونریزی از بینی یا اختلالات بینایی دیده شوند در حالیکه در این بیمار علائم چشمی، حسی مشاهده نشد. در این مورد، وجود قوام متغیر در بخش‌های مختلف ضایعه می‌تواند نشان‌دهنده تفاوت‌های ساختاری در درون تومور یا مراحل مختلف رشد باشد. این ویژگی‌ها نیازمند بررسی هیستوپاتولوژیک دقیق‌تر هستند تا تفسیر صحیح‌تری از رفتار ضایعه به دست آید (۱۲).

عدم خروج مایع در آسپیراسیون از ضایعه، احتمال ماهیت توپر آن را تقویت می‌کند که با نوع کلاسیک آملوبلاستوما هم خوانی دارد. البته تشخیص نهایی مستلزم بررسی بافتی است تا از سایر انواع مانند یونی کیستیک یا محیطی افتراق داده شود (۱۳). در این مورد خاص، با توجه به برخی نشانه‌های غیرمعمول در معاینه، نیاز به دقت بیشتر در تشخیص وجود دارد تا احتمال سایر آسیب شناسی‌های مشابه رد شود.

با توجه به نمای مشخص مولتی لاکولار در ناحیه خلف ماگزایلا احتمال رخداد CGCG در رده‌های بعدی قرار می‌گیرد، چرا که ضایعه CGCG بیشتر در مندیبل رخ داده و در قدام دندان مولر اول بوده و از ویژگی‌های بارز آن رد کردن میدلاین است و اکثراً قبل از ۳۰ سالگی بروز می‌کند، دارای مخاط پوشاننده ارغوانی رنگ بوده، در ماگزایلا در رادیوگرافی دارای حدود نامشخص بوده و جابجایی و تحلیل ریشه دندان‌ها مشاهده می‌شود در حالی که در این مورد ویژگی‌های فوق مشاهده نشد (۱۴).

از طرفی ضایعه گزارش شده به صورت مشخص موجب اکسپنشن

صدوقی یزد به تأیید رسید. (کد اخلاق: IR.SSU.REC.1404.090) رضایت کتبی آگاهانه برای انتشار این اطلاعات از بیمار گرفته شده است و مدرک رضایت برای انتشار در هر زمانی قابل درخواست است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از بیمار محترم که نهایت همکاری را با تیم درمانی داشت، تقدیر و تشکر می‌شود.

References:

- 1- Ghai S. Ameloblastoma: an updated narrative review of an enigmatic tumor. *Cureus*. 2022;14(8):e27734.
- 2- Rai P, Necker F, Awadhya A, Joseph J, Lakhani DA. Giant ameloblastoma of the mandible. *Radiology Case Reports*. 2025;20(9):4600-3.
- 3- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2023.
- 4- Evangelou Z, Zarachi A, Dumollard JM, Peoc'h M, Komnos I, Kastanioudakis I, et al. Maxillary ameloblastoma: a review with clinical, histological and prognostic data of a rare tumor. *In Vivo*. 2020;34(5):2249-58.
- 5- Singh A, Shaikh S, Samadi FM, Shrivastava S, Verma R. Maxillary unicystic ameloblastoma: A review of the literature. *Natl J Maxillofac Surg*. 2011;2(2):163-8.
- 6- Hendra FN, Van Cann EM, Helder MN, Ruslin M, de Visscher JG, Forouzanfar T, et al. Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*. 2020;26(1):12-21.
- 7- Mallya S, Lam E. White and Pharoah's Oral radiology E-book: principles and interpretation: second South Asia Edition E-Book: Elsevier Health Sciences; 2019.
- 8- De Silva I, Rozen WM, Ramakrishnan A, Mirkazemi M, Baillieu C, Ptaszniak R, et al. Achieving adequate margins in ameloblastoma resection: the role for intra-operative specimen imaging. *Clinical report and systematic review*. 2012.
- 9- Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2022 (5th) edition. *Turk Patoloji Derg*. 2022;38(2):168-84.
- 10- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and

برسد اما در صورت تأخیر در تشخیص یا انتخاب نادرست درمان، می‌تواند به مشکلات جدی منجر شود. این گزارش می‌تواند به عنوان مرجع بالینی در موارد مشابه مورد استفاده قرار گیرد و بر اهمیت تشخیص زود هنگام و طراحی درمان دقیق تأکید دارد.

اخلاق و ملاحظات اخلاقی:

این پروتکل توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید

Maxillofacial Pathology. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.

11- Smit C, Robinson L, Ker-Fox J, Fonseca FP, van Heerden WF, Uys A. Clinicoradiologic features of ameloblastomas: A single-centre study of 155 cases. *J Oral Pathol Med*. 2024;53(2):133-41.

12- Kim JE, Cho JB, Yi WJ, Heo MS, Lee SS, Huh KH. Classification and prognostic evaluation of ameloblastoma using multiplanar CT imaging: a retrospective analysis. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):115.

13- Nwoga MC. Fluid aspirates of ameloblastoma: Types, prevalence, and prognostic relevance. *Int J Med Health Development*. 2022;27(4):385-91.

14- Jayamani L, Bottu K, Joseph LD, Sekhar G. Prevalence and clinicopathological correlation of BRAF V600E mutations in ameloblastoma: A PCR study from a tertiary centre in South India. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2025;127(1):102575.

15- Koutlas IG. Proceedings of the 2025 North American Society of Head and Neck Pathology Companion Meeting, Boston, MA, March 23, 2025: Diagnostic Borderlands in ENT Pathology—Jagulars, Heffalumps, and Cheshire Cats in Odontogenic Cysts and Tumors—How not to Feel Like Eeyore When Facing Diagnostic Odontogenic Borderlands. *Head and Neck Pathol*. 2025;19(1):95.

16- Alshuaibi H, Neduvanchery S, Fitzpatrick S, Sam S, Bhattacharyya I, Islam MN. Intraductal salivary gland neoplasms of the oral cavity: a retrospective case series with emphasis on newly described entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2025;140(3):e113.

17- Khan I. Ameloblastoma:-Current Treatment Perspectives. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2025;54:211.

18- Azadi M, Mohammadi F, Hajian N. Recurrent maxillary ameloblastoma: A case report. *J Craniomaxillofac Res*. 2020;7(2):98-10.