

MAKSİLLA VE MANDİBULADA ODONTOJENİK KERATOKİST: OLGU SUNUMU

ODONTOGENIC KERATOCYSTIC IN THE MAXILLA AND MANDIBLE: A CASE REPORT

Rıdvan GÜLER¹, Belgin GÜLSÜN²

Dt. Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye.
Prof Dr. Dicle Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Amaç:

Odontojenik keratokist, yüksek nüks oranı olan agresif klinik davranışa sahip diş kaynaklı bir kisttir. Odontojenik keratokist en sık mandibulada oluşur. Uniloküler, yuvarlak, oval, tarak şeklinde radyolüsent bir alan gösterirken, büyük lezyonlar multiloküler görünebilir. Sıklıkla tesadüfen tespit edilir ve uzun süre kemikte destrüksiyona neden olmadığı için geç semptomlara neden olur. Biz keratokistlerin cerrahi tedavisi için yeni bir minimal invaziv yöntem sunuyoruz. 50 yaşında erkek hasta, Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na sağ ve sol maksillada şişlik şikâyeti ile başvurdu. Hastanın herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Ekstraoral muayenede sol maksillada şişlik görüldü. Panoramik radyografda hem sağ mandibula hem de maksilla bölgesinde radyolüsent lezyon tespit edildi. Lokal anestezi altında lezyon tamamen çıkarıldı. Patolojik incelemede keratokist teşhisi kondu. Odontojenik keratokistler sık nüks etmesi nedeniyle hastaların uzun süreli ve yakın radyolojik gözetim altında tutulması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik Keratokist, Enükleasyon, Odontojenik kist

Abstract

Odontogenic keratocystic is a cyst of tooth origin with an aggressive clinical behavior including a high recurrence rate. Odontogenic keratocystic is most commonly occurred in mandible and demonstrate a unilocular, round, oval, scalloped radiolucent area, while large lesions may appear multilocular. It is frequently found incidentally and brings about late symptoms as it does not cause bone distension for a long time. We present a novel minimally invasive method for the surgical treatment of odontogenic keratocystic. A 50 years old male referred to Dicle University Faculty of Dentistry Department of Oral and Maxillofacial Surgery complaining about swelling on her left and right maxilla. The patient did not have any systemic disease. The extraoral examination showed swelling in left maxilla. Radiolucent lesion was detected in both right mandible and maxilla region in panoramic radiograph. Under local anesthesia, the lesion was completely removed. The pathological examination diagnosed keratocyst. Because of the frequent recurrence of odontogenic keratocystic, patients are recommended to be kept under long-term and close radiological supervision.

KeyWords: Odontogenic Keratocyst, Enucleation, Odontogenic cyst

İletişim Adresi

Dt. Rıdvan GÜLER
Dicle Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene
Cerrahisi A.D. Diyarbakır

e-mail: ridvanguler06@gmail.com

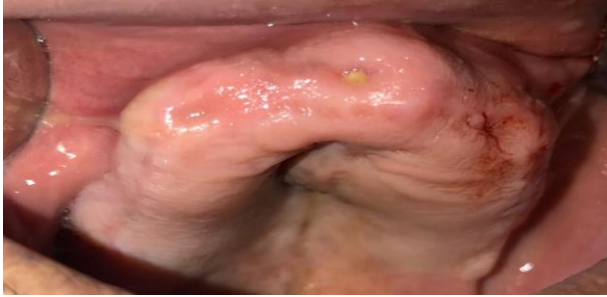
Giriş

Odontojenik keratokist ilk olarak 1876'da, Phillipsen tarafından 1956'da tanımlanmıştır ve nüks eğilimi ile ilişkilendirilmiştir (1, 2). Periapikal kist en sık görülen odontojenik kist türüdür, bunu dentigeröz ve odontojenik keratokist takip eder (2). Odontojenik keratokist, iyi huylu uniloküler veya multiloküler kemik içi kisttir. Odontojenik keratokist, 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından, parakeratinize tabakalı skuamöz epitelin karakteristik astarı ve agresif, infiltratif davranış potansiyeli olan, odontojenik kökenli iyi huylu, intraosseöz bir tümör olarak tanımlandı (3). Bu kist dişlerin bulunduğu alanları da etkiler ve tüm mandibular kistlerin %2-11'ini temsil eder (4). Odontojenik keratokist, düz ve genellikle kortikal

kenarları olan iyi sınırlı bir radyolüsent alan gösterirken, büyük lezyon multiloküler görünebilir. Odontojenik keratokistlerin çoğunun (%83,5) uniloküler olduğu ve sadece %16,5' inin multiloküler olduğu bulunmuştur (5). Odontojenik keratokistler için çeşitli tedaviler önerilmiştir, ancak altın standart tedavi halen tartışılmaktadır. Bu kistler için tedaviler enükleasyondan rezeksiyona kadar değişiklik göstermektedir (6). Cerrahideki amaç, hem nüks riskini hem de cerrahi morbiditeyi en aza indirmektir. Küretajlı veya küretajsız basit enükleasyon ve marsüpyalizasyon odontojenik kistlerde uygulanabilecek konservatif tedavilerdir (7). Bu hastalara uygun tedavi, kistin enükleasyonu ve kist ile ilişkili diş var ise bu dişlerin çıkarılmasıdır. Kistin tam olarak enükleasyonu sağlandığında, prognoz iyi ve nüks oranı düşük olur. Histopatolojik olarak, odontojenik keratokist tipik olarak, genellikle kemikten enükleasyonu zor olan ve fibröz duvar içinde kolumnar epitel ve parakeratinize epitel ile küçük satellit kistleri olan ince, kırılğan bir duvar gösterir. Bu nedenle, odontojenik keratokistler tedaviden sonra sıklıkla tekrarlama eğilimindedir ve bu oran %13-63 arasındadır (8).

Olgu Sunumu

50 yaşında erkek hasta, sol maksilla bölgesinde bukkal dişeti şişmesi ve püy akıntısının değerlendirilmesi için Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi kliniğimize sevk edildi. Hasta sistemik olarak sağlıklı olup, ekstraoral muayenede sol bölgede ekspansiyon ve asimetri izlendi. Klinik intraoral muayenede, sol maksilla premolar–molar bölgede bukkal ve lingual kemikte genişleme görüldü (Şekil 1).



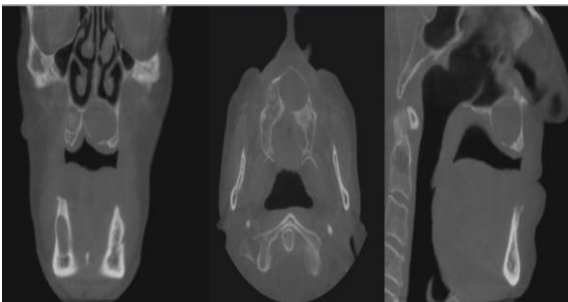
Şekil 1. Hastanın pre-operatif intraoral görünümü

Sağ mandibular kanin diş dışında bütün dişlerin ağızda mevcut olmadığı görüldü. İntraoral şişlik bölgesine yapılan aspirasyon biyopsisinde kistik sarı renkli sıvı çekildi. Panoramik radyografide, mandibulanın sağ mental bölgesinde ve tüm maksillayı içerisine alan sınırları belirgin uniloküler radyolüsent görüntü izlendi (Şekil 2).



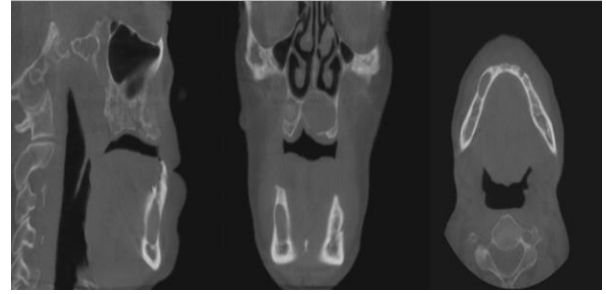
Şekil 2. Hastanın pre-operatif panoramik radyoğraf görünümü

Hastadan alınan Dental Volumetrik Tomografide sol maksillada ekspansiyonun yanısıra bukkal veya lingual kemikte perforasyon alanları görüldü (Şekil 3). Ayrıca sağ maksilla bölgesinde kistin farklı bir odağının olduğu ve içerisinde radyopak bir kitlenin olduğu tespit edildi (Şekil 3).



Şekil 3. Maksilla lokalize olan kistin dental volumetrik tomografi kesit görüntüleri

Sağ mandibula mental bölgede kanin dişin distalinde, kret tepesinde başlayıp mandibula bazisine kadar uzanan mental sinir ile ilişki gösteren sınırları belirgin radyolüsent görüntü izlendi (Şekil 4).

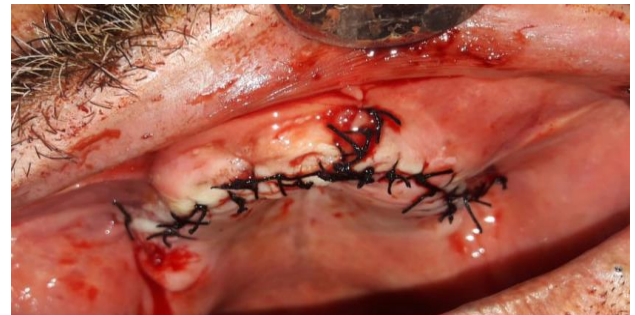


Şekil 4. Mandibulada lokalize olan kistin dental volumetrik tomografi kesit görüntüleri

43 nolu dişe uygulanan vitalite testinde, dişin vital olduğu görüldü. Ayrıca dişin perküsyona karşı hassasiyeti ve sondalama derinlikleri normaldi. Hastada sağ mental bölgeden kaynaklı parastezi mevcut değildi. Hastadan işlem öncesi bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra lokal anestezi altında cerrahi enükleasyon yapıldı ve yara bölgesi primer olarak kapatıldı (Şekil 5-6).

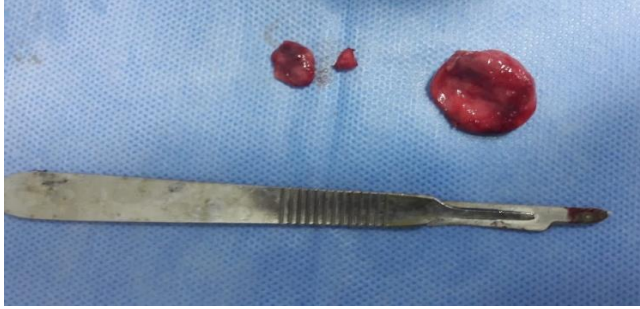


Şekil 5. Kist epitelinin enükleasyonu sonrası kavitenin intra-operatif görünümü



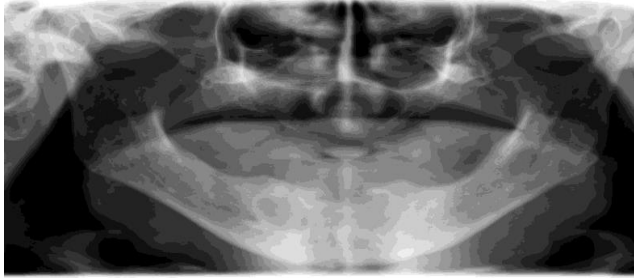
Şekil 6. Yara bölgesinin primer sutureasyonu sonrası görünümü

Çıkarılan kist epiteli patolojik incelemeye gönderildi (Şekil 7).



Şekil 7. Histopatolojik spesmen

Hastaya postoperatif antibiyotik, analjezik ve ağız gargarası reçete edildi. Ameliyattan sekiz gün sonra sütürlar alındı. Histopatolojik inceleme sonucunda kistin odontojenik keratokist olduğu doğrulandı. Hastadan 3. ayda alınan panoramik radyografide herhangi bir problem izlenmedi (Şekil 8).



Şekil 8. Hastanın post-operatif 3. ay panoramik radyografik görünümü

Tartışma

Keratokistik odontojenik tümör (KCOT), odontojenik kökenli benign, intraosseöz bir tümördür. Odontojenik keratokistlerin sıklıkla ya diş germinin epitelyal kalıntılarından ya da yüzey epitelinin bazal hücre tabakasından kaynaklandığı düşünülür (9). En çok mandibulada, özellikle mandibula ve ramus bölgelerinin posterior kısmında ortaya çıkar. KCOT erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır, geniş bir yaş aralığında ortaya çıkar ve tipik olarak sıklıkla yaşamın 2. 3. veya 4. dekatlarında teşhis edilir (10). %20 ile %60 arasında değişen raporlarla yüksek bir nüks oranına sahiptir.

Radyografik olarak, odontojenik keratokistler, genellikle, iyi gelişmiş sklerotik sınırları olan uniloküler radyolüsent olarak görüntü verirler. Çoklu keratokistler sıklıkla bifid-rib bazal hücreli nevüs sendromu (Gorlin Goltz sendromu) ile ilişkilidir (11). Histolojik olarak KCOT' lar

parakeratotik ve ortokeratotik alt tipler olarak sınıflandırılmıştır. Parakeratinize edilmiş varyant, ortokeratinize edilmiş varyanttan daha yüksek bir nüks oranına sahiptir. Boffano ve arkadaşları 261 odontojenik keratokisti analiz etmiş ve hastaların %37.2' sinin semptomlarla başvurduğunu ve %62.8' inin ise lezyonların tesadüfen saptanmasıyla asemptomatik olduğunu bildirmiştir (12).

Konservatif tedavi, küretajlı veya küretajsız enükleasyon veya marsupializasyon içerir. Konservatif tedavinin başlıca avantajları diş, kemik, yumuşak dokuyu korumak ve komşu anatomik yapılara (inferior alveolar sinir) zarar vermemektir. Agresif tedavi ise periferik ostektomi ile enükleasyon, Carnoy solüsyonu ile kimyasal küretaj veya N-blok rezeksiyonu içerir (10).

Sonuç

Odontojenik keratokistler sık nüks etmesi nedeniyle hastaların uzun süreli ve yakın radyolojik gözetim altında tutulması önerilir.

Kaynaklar

- 1) Hari R, Shadab M, Nuzhat H, Shalini G, Kumar A. Bilateral odontogenic keratocyst of the mandible. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014;13(3):341-345
- 2) Philipsen HP. Om keratocyster (kolesteatom) I kaekberne. *Tandlaegege Bladet* 1956;60:963-981.
- 3) Madras J, Lapointe, H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. *J Can Dent Assoc.* 2008;74:165-165h.
- 4) Barnes L, Eveson JW., Reichart P., Sidransky, D. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. WHO Classif Tumour .2005;(9):163-75.
- 5) Neville BW, Damm DD., Allen CM., Bouquot, JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis: Saunders 2009. p.683-7.
- 6) Hyeong-Geun L, Seung-Hyun R., Chung-Ah N., Sang-Hun, S. Enucleation of large keratocystic odontogenic tumor at mandible via unilateral sagittal split osteotomy: a report of three cases. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015;41:208-212
- 7) Pinar Sumer A, Sumer M., Celenk P., Danaci M., Gunhan, Ö. Keratocystic odontogenic tumor: case report with CT and ultrasonography findings. *Imaging Sci Dent.* 2012;42(1):61-64.
- 8) Roopak B, Singh M., Shah A., Patel, G. Keratocystic odontogenic tumor: Treatment modalities: Study of 3 cases. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(3):378-383.
- 9) Karandikar S, Nilesh K., Dadhich, A. Large odontogenic keratocyst of mandible - a case report. *J Indian Dent Assoc.* 2011;5(7):822-824.
- 10) Bruktawit K. et al. Big keratocystic odontogenic tumor of the mandible: a case report. *Ethiop J Health Sci.* 2016;26(5):491-496.
- 11) Woolgar JA, Rippin JW., Browne, RM. A comparative study of the clinical and histological features of recurrent and nonrecurrent odontogenic keratocysts. *J Oral Pathol.* 1987;16:124-128.
- 12-) Boffano P, Ruga E., Galesio, C. Keratocystic odontogenic tumor (odontogenic keratocyst): preliminary retrospective review of epidemiologic, clinical, and radiologic features of 261 lesions from University of Turin. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:2994-2999.2017;9(9):e1162-6.