

MAKSİLLER SİNÜSTE ODONTOJENİK KERATOKİST: NADİR İKİ OLGUNUN SUNUMU

ODONTOGENIC KERATOCYST INVOLVING MAXILLARY SINUS: REPORT OF TWO RARE CASES

^{1*}Çiğdem ELBEK ÇUBUKÇU, ²Serhat ÖZBEK, ³Özlem SARAYDAROĞLU,
⁴Ufuk AYDIN, ²Ramazan KAHVECİ, ⁵Betül SEVİNİR

¹Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ağız ve Diş Sağlığı Birimi, BURSA.

²Prof. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, BURSA.

³Yrd. Doç. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, BURSA.

⁴Uzm. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, BURSA.

⁵Prof. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Onkolojisi BD, BURSA.

Özet

Odontojenik keratokist, sıklıkla mandibulanın anguler ve alt ramus bölgesinde oluşan epitelyal bir gelişimsel kisttir. Çenelerde oluşan tüm kistlerin %11'ini teşkil eder. Agresif davranış gösterir, nüks oranı yüksektir, hızlı gelişir ve komşu dokulara yayılımı vardır. Bu makalede, 10 yaşından küçük iki çocukta beklenmedik şekilde maksiller sinüsten köken alan nadir iki olgu bildirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Odontojenik kistler, keratokist, gelişimsel kistler, çocuklar.

Abstract

Odontogenic keratocyst is an epithelial developmental cyst most commonly occurring in the mandible with a predilection for angle and ascending ramus. It comprises approximately 11% of all cysts of the jaws. It has an aggressive behavior including high rates of recurrence, rapid growth, and extension into adjacent tissues. In this report, two cases of odontogenic keratocyst that was rarely occurred in children younger than 10-years of age and unusually originated from the maxillary sinus were documented.

Key Words: Odontogenic cysts, keratocyst, developmental cysts, children.

Giriş

Odontojenik keratokistler agresif kemik yıkımı yapan odontojenik kistlerdendir. En çok 20-40 yaşındaki bireylerde oluştukları bildirilmiştir. Çocuklarda görülme sıklıkları düşüktür. Mandibulada maksillaya göre iki misli fazla görülen keratokistler, genellikle mandibular 3. molar bölgelerinde görülürler. En sık klinik bulguları şişlik ve akıntı (drenaj) dır. Panoramik radyografide ünloküler veya mütiloküler olabilirler ancak hepsinin sınırları belirgindir. Özellikle sürmemiş dişlerde migrasyon, dişlerde mobilite, kök rezorpsiyonu, diverjen kökler ve ekstrüzyon görülür. Histolojik görünümleri patognomoniktir. Tedaviden sonra ki ilk bir yıl içinde yüksek nüks oranları bildirilmiştir.¹⁻⁴

Bu makalede, 10 yaşından küçük iki çocukta maksiller sinüsü tutmuş odontojenik keratokistlerin radyolojik ve histopatolojik görüntüleri literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Olgu 1

9 yaşında kız hasta, yüzünün sol tarafındaki ağrısız ve sert kıvamlı şişliğin etiolojisinin araştırılması amacıyla kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde soy ve öz geçmişinde bir özellik olmadığı ve sistemik incelemede de hastanın sağlıklı olduğu görüldü. Ekstraoral muayenede sol burun kanadında şişlik olduğu ve nazolabial sulkusun izlenmediği gözlemlendi. İntraoral muayenede palpasyonda ağrısız, fluktuasyon vermeyen ve sol posteriyör maksillayı içine alan şişlik belirlendi.

Hastanın 3 ay önce sol üst süt molar (# 64 ve # 65) dişlerini diş çürüğü ve ağrı nedeniyle çektiği öğrenildi. Panoramik radyografisinde her iki kalıcı premolar diş jermine migre etmiş ve kalıcı kanin diş jermine de parsiyel olarak içinde olduğu sınırları sklerotik ve düzgün radyolüsent alan tesbit

*İletişim Adresi

Dr. Çiğdem ELBEK ÇUBUKÇU
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ağız ve Diş Sağlığı Birimi, 16059, Bursa.

Tel: 02242953780

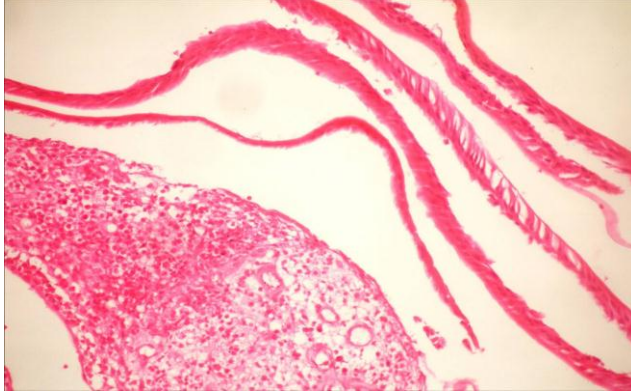
e-mail: dcelbek@yahoo.com

edildi. Birinci premolar (# 24) dişte simetriğine (# 14) benzer şekilde kökün 1/3'ünün oluştuğu ancak 2. premolar (# 25) dişin labiale migre olduğu görüldü. 2. premolar dişin kökü gözlenemedi (Resim 1).



Resim 1: Sol maksillada keratokist (1 X 1 X 0.5 cm) ve deplase olmuş premolar dişler.

Odontojenik kist ön tanısı ile hasta, cerrahi tedavi amacıyla Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD'na gönderildi. 1x 1 x 0.5 cm boyutundaki lezyon, 2. premolar dişle birlikte genel anestezi altında enükleasyonla çıkartıldı. Yara yeri primer olarak kapatıldı. Histopatolojik rapor odontojenik keratokist olarak geldi (Resim 2).



Resim 2: Keratokisti döşeyen skuamöz epitel parçaları ve kist duvarı (HE X 100).

Olgu 2

8 yaşında erkek hasta yüzünün sağ tarafındaki ağrısız sert kıvamlı şişliğin etiolojisinin araştırılması amacıyla kliniğimize başvurdu. .

Hastadan alınan anamnezde soy ve öz geçmişinde bir özellik olmadığı ve sistemik incelemede de hastanın sağlıklı olduğu görüldü. Ekstraoral muayenede sağ burun kanadında şişlik olduğu ve nazolabial sulkusun izlenmediği gözlemlendi. Intraoral muayenede palpasyonda

ağrısız, fluktuasyon vermeyen ve sağ posterior maksillayı içine alan şişlik belirlendi.

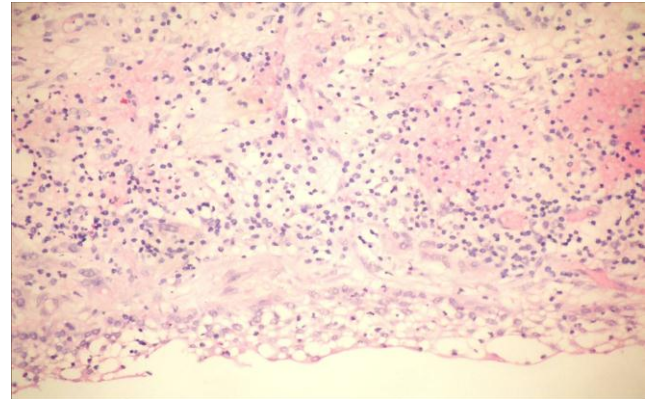
Panoramik radyografisinde kalıcı kanin (# 13), premolarlar (# 14 ve # 15) ve 2. kalıcı molar (# 17) diş jermeni migre etmiş ve sağ maksiller sinüsü içine alan sınırları düzgün ve sklerotik çizgi ile çevrili radyolusent saha tesbit edildi. Lateral kesicinin (# 12) kökünde mezyle tipping ve 1. kalıcı molar diş (# 16) ve 2. süt molar (# 55) dişin köklerinde iltihabi eksternal rezorpsiyon tespit edildi (Resim 3).



Resim 3: Sağ maksillada keratokist (4.5 X 2.5 X 0.3 cm) ve deplase olmuş premolar dişler.

Hastanın babası hastanın 1. süt molar dişini 1 yıl önce çürük nedeniyle çektiklerini ifade etti. Daha önce yüzünün sağ tarafında mevcut duruma benzer bir şişlik gelişmediği öğrenildi.

Odontojenik kist ön tanısı ile hasta, cerrahi tedavi amacıyla Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD'na gönderildi. 4.5 x 2.5 x 0.3 cm boyutundaki lezyon, 1. premolar ve 2. süt molar dişlerle birlikte genel anestezi altında enükleasyonla çıkartıldı. Yara yeri primer olarak kapatıldı. Histopatolojik rapor odontojenik keratokist olarak geldi (Resim 4).



Resim 4: Duvarında yoğun inflamatuvar hücreler bulunan, stratifiye-skuamöz epitel ile döşeli keratokist (HE X 100).

Tartışma

Odotojenik keratokistler bütün çene kistlerinin % 7.8'ini, dentigeröz kistlerin % 85'ini, radiküler kistlerin % 0.9'unu oluşturmaktadır.¹ Odontojenik kistlerin tümü keratinizasyon potansiyeli taşımaya rağmen, keratokistlerin farklı mikroskobik özelliklere ve patogeneze sahip olduğu bildirilmiştir.^{5,6}

Bu nedenle odontojenik olmayan ve odontojenik çene kistlerinden ayırt edilmelidirler. Odontojenik keratokistlerin dental lamina kalıntılarında veya diş formasyonu tamamlanmadan önce mine organı gibi primordial dokulardan köken aldığı düşünülmektedir. Keratokistlerin orijininin oral epitelyumu saran bazal hücrelerin ekspansiyonundan oluşabildiği de düşünülmüştür.⁶

Keratokistler en sık yaşamın ikinci ve üçüncü on yıllarında görülürler. 20 yaşından önce görülme sıklığı % 17 olarak bildirilmiştir ve 10 yaşından küçük çocuklarda sadece 2 vaka bildirilmiştir.⁷ Mandibulanın tutulumu maksillanın iki katıdır. Sıklıkla köken aldıkları bölge mandibulanın ramus ve 3. molar bölgesidir. Maksiller 3. molar bölgesi, mandibüler 1. ve 2. azılar bölgesi, maksiler kanin bölgesi ve mandibüler premolar bölgesinde de görülebilirler.^{1, 2, 4, 8, 9} Odontojenik keratokistlerin her iki cinste eşit oranda görülmediğini ifade eden araştırmacılar bulunmakla birlikte^{1,2,9} bu kistlerde cinsiyet ayrımının olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur.⁴

Bu makalede, hem yaş hem de lokalizasyon bakımından keratokistlerin oluşumunun nadir olarak beklendiği 2 olgu sunulmuştur. Hastaların her ikisi de 10 yaşından küçüktür ve keratokistlerin lokalizasyonu posterior maksilla olup sinüs tutulumu da mevcuttur.

Odontojenik keratokistin bulguları diğer odontojenik lezyonlara benzer şekilde genellikle yumuşak dokuda ödem, kemikte ekspansiyon ve parestezi ve ileri vakalarda ağrıdır.^{6, 8, 10-12}

Panoramik röntgende uniloküler veya multiloküler radyolüsent alanlar halinde görülürler. Çok kere çevresinde ince sklerotik bir sınıra sahiptirler.⁶ Devital dişlerle ilgisi olmadan, kortikal ekspansiyona hatta perforasyona neden olup ilgili bölgedeki dişleri migrasyona uğrattırır ve asemptomatik olarak gelişirler. Bizim olgularımızda da maksillada asemptomatik olarak gelişmiş olan keratokistler, Cilt / Volume 13 · Sayı / Number 2 · 2012

maksiller sinüsü tutarak ilgili dişlerde migrasyona neden olmuştur.

Klinik ve radyolojik olarak odontojenik benign tümörler ve odontojenik kistlerle (özellikle dentijeröz kist ve primordial kist gibi) benzerlik gösterdiğinden ayırıcı tanı yöntemlerinden faydalanılmalıdır.⁶

Biyokimyasal tetkikler ile keratokist antijenin ve prostoglandinin kist sıvısından izole edilmesi, keratokistten aspire edilen kist sıvısının total çözünebilir protein konsantrasyonunun diğer keratinize olmayan odontojenik kistlerinkinden daha düşük olduğunun (<3.5gr/dl) belirtilmesi ayırıcı teşhiste yardımcı olmaktadır. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur.^{2, 5, 6}

Histolojik olarak, lezyon ince (6-10 kat hücre) üniform epitelyum ile döşelidir. Kistin içini parakeratotik veya ortokeratotik çok katlı epitel örter. Kistin içi su gibi sarı bir sıvı veya koyu krema gibi bir madde ile doludur, bazen içerisinde çok miktarda keratin bulunabilir.² Odontojenik keratokistler her zaman basal cell nevus sendromu açısından değerlendirilmelidirler.⁶

Kliniğimizde hastaların klinik muayeneleri ve radyolojik incelemeleri yapıldıktan sonra radyolüsent sahanın odontojenik kist ön tanısı ile birlikte dentijeröz kist veya keratokist olabileceği de kayıt altına alınmıştır. Bu nedenle cerrahi tedaviden sonra ileri histopatolojik tetkik istenmiştir.

Bu kistlerin tedavisi enükleasyon ve/veya Carnoy solüsyonu uygulaması, marsupyalizasyon (dekompresyon), marjinal veya segmental rezeksiyondur.^{1, 9-11} Doğru tedavi yöntemine karar vermek amacıyla, özellikle maksillayı tutan geniş lezyonların sınırlarını tam olarak belirleyen bilgisayarlı tomografi (BT) den de faydalanılabilir. Mevcut olgularda enükleasyon yöntemi tercih edildiğinden BT tetkiklerine gerek görülmemiştir. Odontojenik keratokistlerin önemli bir özelliği de tedaviye rezistans göstermeleri ve nüks oranının (% 3-62) yüksek olmasıdır.¹⁻³

Tedavi yöntemlerine göre nüks oranlarının değiştiği de bildirilmiştir. 83 vakada enükleasyon sonrası nüks %7.6 iken marsupyalizasyonda %33.3 olmuştur. Bununla birlikte, enükleasyon-marsupyalizasyon sonrası hiç nüks gelişmemiştir.³ İnce kist epitelinin tam olarak temizlenememesinin nüksün esas nedeni olduğu kabul edilmektedir. Nüks oranını düşürmek amacıyla enükleasyon çok dikkatli

yapılmalı ve hemen ardından Carnoy solüsyonu kullanımı veya dekompresyon uygulaması değerlendirilmelidir.¹² Enükleasyonla tedavi edilen iki çocuk hasta 12 aydır 6 aylık klinik ve radyolojik izlem altındadır. Nüks gözlenmemiştir.

Sonuç olarak, bu iki olgunun sunumu ile çocuklarda görülme sıklığı düşük olsa da, çocuklardaki radyolüsent lezyonların, odontojenik keratokist olabileceğinin göz önünde bulundurulmasının ve mutlaka histopatolojik inceleme yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Kaynaklar

1. Schussel JL, Stramandinoli RT, Dissenha JL, Avila LF, Sassi LM. Retrospective study of 25 cases of keratocystic odontogenic tumor: epidemiology and treatment. *J Contemp Dent Pract.* 2011;12(2):100-103.
2. Azevedo RS, Cabral MG, Dos Santos TC, de Oliveira AV, de Almeida OP, Pires FR. Histopathological features of keratocystic odontogenic tumor: a descriptive study of 177 cases from a Brazilian population. *Int J Surg Pathol.* 2011 Nov 21; doi: 10.1177/1066896911428072.
3. Habibi A, Saghravanian N, Habibi M, Mellati E, Habibi M. Keratocystic odontogenic tumor: a 10-year retrospective study of 83 cases in an Iranian population. *J Oral Sci.* 2007;49(3):229-235.
4. Gonzales-Alva P, Tanaka A, Oku Y, Yoshizawa D, Itoh S, Sakashita H, Ide F, Tajima Y, Kusama K. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. *J Oral Sci.* 2008;50(2):205-212.
5. Bhargava D, Ashwini Deshpande, Pogrel MA. Keratocystic odontogenic tumor (KCOT): a cyst to a tumor. *Oral Maxillofac Surg.* 2011 July 6; doi: 10.1007/s10006-011-0302-9.
6. 9a. Brannon RB. The odontogenic ceratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features, *Oral Surg.* 1976; 42: 54-72.
7. Eryılmaz T, Ozmen S, Fındıkçıoğlu K, Kandal S, Aral M. Odontogenic ceratocyst: an unusual location and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2009;62(2):210-212.
8. Pitak-Arnop P, Chaine A, Oprean N, Dhanuthai K, Bretrand JC, Bertolus C. Management of odontogenic ceratocysts of the jaws: a ten-year experience with 120 consecutive lesions. *J Craniomaxillofac Surg.* 2010;38(5):358-364.
9. Singh M, Gupta KC. Surgical treatment of odontogenic ceratocyst by enucleation. *Contemp Clin Dent.* 2010;1(4):263-267.
10. Cittom HE, Bshena FI, Speight PM, Craig GT, Jones AV. Histopathological features that predict the recurrence of odontogenic keratocysts. *J Oral Pathol Med.* 2011 Nov 16. doi: 10.1111/j.1600-0714.2011.01113.x.
11. Miller NM, Campell CM, Deas DE. Reconstructive surgical management of a recurrent odontogenic ceratocyst: case report and 1-year follow-up. *J Mich Dent Assoc.* 2011;93(9):38-43.
12. Gosau M, Draenert FG, Müller S, Frerich B, Bürgers R, Reichert TE, Driemel O. Two modifications in the treatment of keratocystic odontogenic tumors (KCOT) and the use of Carnoy's solution (CS): a retrospective study lasting between 2 and 10 years. *Clin Oral Invest.* 2010;14(6):719-721.