

Glandüler Odontojenik Kist

Glandular Odontogenic Cyst: Case Report

Ülkem CİLASUN,^a
Esra GÜZELDEMİR,^b
Nebil BAL^c

^aAğız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

^bPeriodontoloji AD,
Kocaeli Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi, Kocaeli
^cPatoloji AD,

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 05.12.2010

Kabul Tarihi/Accepted: 15.04.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:

Ülkem CİLASUN

Kocaeli Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve

Cerrahisi AD, Kocaeli,

TÜRKİYE/TURKEY

ulkemc@gmail.com

ÖZET Nadir görülen bir lezyon olan glandüler odontojenik kist, genellikle yavaş büyüyen, ağrısız, radyolüsent bir lezyon olarak ortaya çıkar. Bununla birlikte, ulaştığı büyüklük ve uzun dönem sonuçları kesin olarak bilinmemektedir. Sunulan olguda 52 yaşındaki erkek hastadan alınan panoramik radyografide, sağ mandibular posterior dişsiz bölgede artık diş kökü ve bunun inferiorunda sınırları düzenli-radyoopak, içi homojen radyolüsent görüntü veren bir alan dikkati çekmiş, klinik muayenede, bölgede şişlik izlenmemiştir. Premolar diş çekimi ardından kalan radiküler kist ön tanısı ile lezyon enükle edilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucunda lezyon, glandüler odontojenik kist olarak tanımlanmış, 33 aylık izlemde nüks izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Çene kemiği kistleri; neoplazmlar, glandüler ve epitelyal; odontojenik kistler

ABSTRACT Glandular odontogenic cyst is a rare lesion which usually appears as a slow-growing, painless, radiolucent lesion. However, the size that it can reach and long-term outcome is uncertain. In the presented case, the panoramic radiograph of 52-years-old male patient, revealed a well defined radiolucent lesion on the right mandibular posterior edentulous section. During the clinical examination no swelling was observed. The lesion was enucleated with an initial diagnosis as a residual radicular cyst. After the histopathological examination, the lesion defined as glandular odontogenic cyst and 33-month follow-up showed no recurrence.

Key Words: Jaw cysts; neoplasms, glandular and epithelial; odontogenic cysts

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012;18(3):370-4

Glandüler odontojenik kist (GOK), ilk kez 1988 yılında Gardner ve ark. tarafından, “çenelerin diş içeren kısımlarında meydana gelen, küboidal veya kolumnar hücrelerle karakterize bir çeperle çevrili, epiteli içerisinde kriptik veya kist benzeri boşluklar bulunan bir tip kist” olarak tanımlanmıştır.^{1,2}

GOK'nin özelliklerini taşıyan ilk iki olgu, Padayachee ve Van Wyk tarafından 1987 yılında bildirilmiştir.³ Lezyon önce “sialodontojenik kist” olarak adlandırılmış, fakat kistin tükürük bezinden kaynaklandığına dair yeterli kanıt olmadığı için, Gardner ve ark. tarafından, bu isim, “glandüler odontojenik kist” olarak değiştirilmiştir.⁴ Bu lezyon, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da “glandüler odontojenik kist” adıyla benimsenmiştir.²

GOK'nin ameloblastoma ile birlikte görüldüğü iki olgu bildirilmiştir.^{1,4} Bu olgu raporları, GOK'nin odontojenik kökenli olduğunu doğrulamıştır. GOK, genellikle yavaş büyüyen, ağrısız, radyolüsent bir lezyon olarak görülmekle birlikte, ulaştığı büyüklük ve uzun dönem sonuçları kesin olarak bilinmemektedir.⁵

OLGU SUNUMU

Elli iki yaşındaki erkek hasta, sol maksiller posterior bölgesindeki sabit protezin düşmesi şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın rutin klinik muayenesinde; sağ maksiller 2. molar, sol maksiller 1. molar, sol mandibular 1. molar, sağ mandibular 2. molar, ve sağ mandibular 2. premolar dişlerinin eksik, bu bölgelerde metal destekli porselen köprülerin mevcut olduğu görüldü. Hastadan alınan panoramik radyografide, sağ mandibular posterior dişsiz bölgede artık diş kökü ve bunun inferiorunda sınırları düzenli-radyoopak, içi homojen radyolüsent görüntü veren bir alan dikkati çekti (Resim 1). Klinik muayenede, bölgede şişlik görülmedi, mukozaya normal renginde ve sağlıklı idi. Kortikal kemiğin intakt olması nedeni ile ponksiyon ve/veya ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılamadı. Premolar diş çekimi ardından kalan radiküler kist ön tanısı ile hasta, lezyonun enükleasyonu için hazırlandı.

İnsizyon ile mukoperiosteal flep kaldırıldığında, bukkal kortikal kemikte inceltme izlendi, fakat perforasyon görülmedi. Kalın epitelyal kapsülü bulunan kitle enükle edildi. Kist kavitesiyle ilişkisi olmadığı izlenen lingualdeki artık diş kökü çıkarıldı.

HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRME

Yaklaşık olarak 0,6 cc hacmindeki, gri-kahverengi renkte biyopsi materyali, %10'luk formaldehid içerisinde fiske edildikten sonra, rutin tesbit ve takip işlemlerinden geçirilip, parafin bloklara gömüldü. 4-5 µm kalınlığında hazırlanan kesitler, hematoksilin-eozin ile boyanarak ışık mikroskopunda incelendi. Histopatolojik incelemede, örneğin; fibröz bir duvara sahip olduğu ve kistik yapının iç yüzeyinin, nonkeratinize skuamöz epitel ile döşeli olduğu görüldü. Skuamöz epitel hücreleri içinde yer yer tek, yer yer de abortif glandüler yapılar oluştu-



RESİM 1: Olgunun preoperatif panoramik grafisi.

ran müsinöz hücreler gözlendi (Resim 2A). Histokimyasal incelemede, biyopsi materyali Mucicarmın boyası ile boyandı ve müsinöz hücreler pozitif boyandı (Resim 2B).

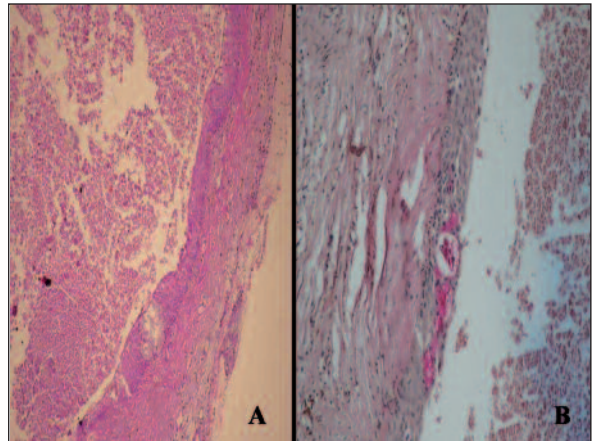
Mevcut morfolojik bilgiler, histokimyasal bulgularla birlikte değerlendirildiğinde lezyon, GOK olarak tanımlandı.

İyileşme sürecinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma ve hasta, periyodik kontrollere çağırıldı. Postoperatif altıncı ayda alınan panoramik radyografide yeni kemik oluşumu izlendi.

Hasta 12 ay boyunca aylık, daha sonrasında ise altı aylık kontrollerle 33 aydır izlenmektedir ve nüks gözlenmemiştir (Resim 3).

TARTIŞMA

GOK nadir görülen bir lezyondur, görülme sıklığı %0,012-1,3 olarak bildirilmiştir.⁶⁻⁸ Literatürde, 2010 yılı itibarıyla rapor edilmiş 114 olgu bulun-



RESİM 2: A) Nonkeratinize skuamöz epitelium ile döşeli kist iç yüzeyinde müsinöz materyal içeren goblet hücre grupları (HE, x 200). B) Mucicarmın histokimyasal boyası ile müsin pozitifliği (Mucicarmın, x 200).

(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 3: Olgunun postoperatif 33. ay panoramik grafisi.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

maktadır.⁹ Orta yaş grubundaki bireylerde daha sık ortaya çıkmakta olup, erkeklerde görülme sıklığı kadınlardan biraz daha fazladır.^{6-8,10}

Klinik olarak en sık (%70) mandibulada, genellikle ağrısız ve yavaş büyüyen bir şişlik ile kendini gösterir, nadiren asemptomatiktir.¹⁰⁻¹² Birçok çalışmada özellikle anterior bölgede görüldüğü öne sürülmüş olsa da, Kaplan ve ark.nın 2008'de rapor ettikleri literatür incelemesinde; olguların %50,6'sında GOK'nin hem posterior hem anterior bölgeleri kapsadığı, kalan olguların da çok yakın oranlarda anterior (%24,1) ve posterior (%25,3) bölgelerde yerleşimli izlendiği ifade edilmiştir.^{10,13-15}

Olguların çoğunda (%67) ekspansiyon ile birlikte, kortikal kemikte incelme, erozyon veya perforasyon görülmüştür.¹⁶⁻¹⁸ Bununla birlikte ekspansiyonun görülmediği olgular da rapor edilmiştir.¹⁹ Bu olgu sunumunda, rutin panoramik grafide, dişsiz kret bölgesinde izlenen iyi sınırlı radyolüsent kitlenin klinik muayenesinde kortikal kemikte ekspansiyon görülmemiş, operasyon sırasında kemikte yer yer incelmeler olduğu izlenmiştir. Genellikle karşılaşıldığı üzere, bu olguda da GOK mandibulada izlenmiş olup, asemptomatik olması ve ekspansiyon görülmemesi ve kortikal kemiklerin intakt olarak izlenmesi nedeni ile literatürde karşılaşılan nadir olgulardandır. Diğer yandan, bu özelliklerin hiçbiri, GOK için patognomonik değildir; benzer bulgular, odontojenik keratokist, ameloblastoma ve santral dev hücreli granüloma gibi diğer lezyonlarda da görülebilir.¹⁷

GOK'nin boyutları 0,5-12 cm arasında değişebilir.¹⁵ Boyutunun, agresifliği ve nüks eğilimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.²⁰

GOK için tanımlanmış patognomonik radyolojik özellikler yoktur.^{9,15-17,21} Uniloküler veya multiloküler olabilen GOK, sıklıkla iyi sınırlı izlendiği gibi, sınırları belirsiz de olabilir.^{9,15}

Burada sunduğumuz olguda, iyi sınırlı ve uniloküler radyolüsent izlenen GOK, Kaplan ve ark.nın tanımladığı yarı kantitatif boyut kriterlerine göre küçük olarak izlenmekte idi.²⁰

GOK'nin histolojik özellikleri Gardner ve ark. tarafından, "değişen kalınlıklarda, sıralı skuamoz yassı epitelle döşeli, düz bir ara yüz ve yüzeyel küboidal eozinofilik hücreler" şeklinde tanımlanmıştır.¹ Bazen yüzeyinde silia şeklinde papiller konfigürasyonla birlikte görülen GOK, bazı olgularda epitel içinde müsikarmin pozitif materyal göcükleri ve yüzeyel katmanlarda müköz hücrelerle görülebilir. GOK'nin bazı histolojik özellikleri, odontojenik kist içinde müköz metaplazi, mukoe-pidermoid karsinoma ve "botryoid" kist gibi diğer durumlarla da örtüşmektedir.⁵ Histopatolojik değerlendirmede nadir olarak, vakuolize veya spinöz hücrelere, kıvrılmış ve polarize olmayan epitelyal boşluklara ve subepitelyal kalsifikasyonlara rastlanmaktadır.¹ Bazı kaynaklarda, intraepitelyal kanal benzeri veya mikrokistik yapıların, müköz hücrelerle döşeli yarıkların, oğul kistlerin ve solid proliferasyonların da görüldüğü bildirilmiştir.^{4,22-25} Bazıları multikistik veya multiluminal olarak tanımlanmıştır.²⁶⁻²⁸

GOK'nin ayırıcı tanısında dentijeröz kist, müköz metaplazi gösteren radiküler kist, "botryoid" kist, lateral periodontal kist ve düşük dereceli mukoe-pidermoid karsinom değerlendirilmelidir.¹⁵ Bazı araştırmacılar, GOK'nin mukoe-pidermoid karsinoma ilerleme potansiyeli olduğunu bildirmiştir.^{26,29} Bu nedenle, GOK ön tanısı olan olguların histopatolojik değerlendirmesinde dikkatli olunması önerilmektedir.^{17,21} Son yıllarda Kaplan ve ark., histolojik tanı için gerekli kriterleri ayrıntılı şekilde tanımlamış ve majör ve minör kriterler olarak ayırmışlardır.¹⁵ GOK'nin kesin tanısı için majör kriterlerin en az 5 tanesinin var olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bununla beraber, GOK'nin tanısı için gerekli tipik özelliklerin sayısı halen netlik kazanmamıştır ve immünohistokimyasal çalışmalar

devam etse de, GOK'yi diğer benzer lezyonlardan ayıran kesin bir spesifik boyama yoktur.^{7,20}

Her ne kadar GOK'nin klinik ve radyografik bulgularının hiçbiri patognomonik olmasa da, lezyonun agresif seyri dikkat çekmektedir. Literatürdeki tedavi önerileri sporadiktir ve kanıta dayalı verilerle desteklenmemektedir.²⁰ Birçok raporda, GOK'nin konservatif tedavisinde küretaj, küretaj ve periferal ostektomi, destekleyici Carnoy solüsyonu ile küretaj, enükleasyon, marsupyalizasyon, konservatif marjinal rezeksiyon veya kriyoterapi gibi konservatif tedaviler önerilmekte iken, bazı raporlarda da, "en bloc" rezeksiyon gibi daha agresif bir yaklaşımın tercih edildiği bildirilmiştir.^{9,30-32} Boffano ve ark.na göre nüks oranı, uygulanan tedavi yaklaşımına ek olarak, lezyonun boyut ve loküler yapısı ile de direkt ilişkilidir.¹¹ Thor ve ark., nüks görülen olguların çoğunun kortikal perforasyonlu, büyük, multiloküler lezyonlar olduğunu rapor etmişlerdir.³³ Bu olgu sunumunda hasta, "pre-molar diş çekiminde bırakılmış radiküler kist" ön

tanısıyla opere edildiği ve ekspansiyon veya kortikal perforasyon izlenmediği için tedavi planlamasında rezeksiyon düşünülmedi, konservatif yaklaşımla enükleasyon yapıldı. Literatür değerlendirildiğinde en sık (%83,5) uygulanan tedavi yöntemi de enükleasyondur.¹⁵

Yapılan çalışmalarda uniloküler lezyonların 1/3'ünde ve küçük lezyonların %14,4'ünde nüks görüldüğü bildirilmiştir.^{15,17} GOK'nin nüks ve büyüme eğilimi nedeni ile hastaların dikkatli izlenmeleri gerekir.^{7,9,34}

Bu raporda sunulan hasta 33 aydır izlenmekte olup, nüks izlenmemiştir. Literatür incelendiğinde karşılaşılan olguların yarısından fazlasında vakalar 2 yıldan az izlenmiş veya çok yeni opere edilmiştir. Oysaki nüks sıklıkla üçüncü yıldan sonra görülmektedir.⁹ Kaplan ve ark. da, izlem süresinin en az üç, tercihen yedi yıl olması gerektiğini ifade etmişlerdir.¹⁵ Bu nedenle hastamızın altı aylık izlemleri sürdürülmektedir.

KAYNAKLAR

- Gardner DG, Kessler HP, Morency R, Schaffner DL. The glandular odontogenic cyst: an apparent entity. *J Oral Pathol* 1988; 17(8):359-66.
- Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. WHO International Histological Classification of Tumors. *Histological Typing of Odontogenic Tumors*. 2nd ed. Berlin: Springer Verlag; 1992. p.118.
- Padayachee A, Van Wyk CW. Two cystic lesions with features of both the botryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumour: sialo-odontogenic cyst? *J Oral Pathol* 1987;16(10):499-504.
- Ficarra G, Chou L, Panzoni E. Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst). A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;19(6):331-3.
- Qin XN, Li JR, Chen XM, Long X. The glandular odontogenic cyst: clinicopathologic features and treatment of 14 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(5):694-9.
- Magnusson B, Göransson L, Odesjö B, Gröndahl K, Hirsch JM. Glandular odontogenic cyst. Report of seven cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1997;26(1):26-31.
- Shen J, Fan M, Chen X, Wang S, Wang L, Li Y. Glandular odontogenic cyst in China: report of 12 cases and immunohistochemical study. *J Oral Pathol Med* 2006;35(3):175-82.
- Van Heerden WF, Raubenheimer EJ, Turner ML. Glandular odontogenic cyst. *Head Neck* 1992;14(4):316-20.
- Araújo de Moraes HH, José de Holanda Vasconcellos R, de Santana Santos T, Guedes Queiroz LM, Dantas da Silveira EJ. Glandular odontogenic cyst: case report and review of diagnostic criteria. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40(2):e46-50.
- Krishnamurthy A, Sherlin HJ, Ramalingam K, Natesan A, Premkumar P, Ramani P, et al. Glandular odontogenic cyst: report of two cases and review of literature. *Head Neck Pathol* 2009;3(2):153-8.
- Boffano P, Cassarino E, Zavattero E, Campisi P, Garzino-Demo P. Surgical treatment of glandular odontogenic cysts. *J Craniomaxillofac Surg* 2010;21(3):776-80.
- Osny FJ, Azevedo LR, Sant'Ana E, Lara VS. Glandular odontogenic cyst: case report and review of the literature. *Quintessence Int* 2004;35(5):385-9.
- Foss RD, Fielding CG. Glandular odontogenic cyst. *Head Neck Pathol* 2007;1(2):102-3.
- Oliveira JX, Santos KC, Nunes FD, Hiraki KR, Sales MA, Cavalcanti MG, et al. Odontogenic glandular cyst: a case report. *J Oral Sci* 2009;51(3):467-70.
- Kaplan I, Anavi Y, Hirshberg A. Glandular odontogenic cyst: a challenge in diagnosis and treatment. *Oral Dis* 2008;14(7):575-81.
- Manor R, Anavi Y, Kaplan I, Calderon S. Radiologic features of glandular odontogenic cyst. *Dentomaxillofac Radiol* 2003;32(2):73-9.
- Kaplan I, Anavi Y, Manor R, Sulkes J, Calderon S. The use of molecular markers as an aid in the diagnosis of glandular odontogenic cyst. *Oral Oncology* 2005;41(9):895-902.
- Oliveira Neto P, Sávio E, Bezerra TP, Avelar RL, Raimundo Rde C, Gomes AC, et al. Anterior mandibular swelling. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(2):436-41.
- Booth D, Bouquet J. Clinico-pathologic conference: case 6. Glandular odontogenic cyst. *Head Neck Pathol* 2010;4(4):351-5.
- Kaplan I, Gal G, Anavi Y, Manor R, Calderon S. Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(4):435-41.

21. Sittitavornwong S, Koehler JR, Said-Al-Naief N. Glandular odontogenic cyst of the anterior maxilla: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(4):740-5.
22. Lindh C, Larsson A. Unusual jaw-bone cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48(3):258-63.
23. Sadeghi EM, Weldon LL, Kwon PH, Sampson E. Mucoepidermoid odontogenic cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20(3):142-3.
24. de Carvalho YR, Kimaid A, Cabral LA, Nogueira Tde O. The glandular odontogenic cyst: a case report. *Quintessence Int* 1994;25(5):351-4.
25. Toida M, Nakashima E, Okumura Y, Tatematsu N. Glandular odontogenic cyst: a case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52(12):1312-6.
26. Economopoulou P, Patrikiou A. Glandular odontogenic cyst of the maxilla: report of case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53(7):834-7.
27. Ide F, Shimoyama T, Horie N. Glandular odontogenic cyst with hyaline bodies: an unusual dentigerous presentation. *J Oral Pathol Med* 1996;25(7):401-4.
28. de Sousa SO, Cabezas NT, de Oliveira PT, de Araújo VC. Glandular odontogenic cyst: report of a case with cytokeratin expression. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83(4):478-83.
29. Waldron CA, Koh ML. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaw: report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialo-dontogenic and glandular odontogenic cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48(8):871-7.
30. Takeda Y. Glandular odontogenic cyst mimicking a lateral periodontal cyst: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994;23(2):96-7.
31. Hussain K, Edmondson HD, Browne RM. Glandular odontogenic cysts. Diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995;79(5):593-602.
32. Patron M, Colmenero C, Larrauri J. Glandular odontogenic cyst: clinicopathologic analysis of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72(1):71-4.
33. Thor A, Warfvinge G, Fernandes R. The course of a long-standing glandular odontogenic cyst: marginal resection and reconstruction with particulated bone graft, platelet-rich plasma, and additional vertical alveolar distraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(7):1121-8.
34. Macdonald-Jankowski DS. Glandular odontogenic cyst: systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2010;39(3):127-39.