

Maksiller Sinüs İçerisinde Gelişen Kompleks Odontoma ve Odontomaya Bağlı Olarak Gelişen Dentijeröz Kist

Concomitant Existence of Dentigerous Cyst Associated with Complex Odontoma in the Maxillary Sinus: Case Report

Osman A. ETÖZ,^a
Emrah SOYLU,^a
Ömer GÜNHAN,^b
Alper ALKAN^a

^aAğız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Kayseri

^bPatoloji AD, GATA, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 15.03.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 12.04.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Emrah SOYLU

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,
Kayseri,
TÜRKİYE/TURKEY
dtemrahsoylu@hotmail.com

ÖZET Çenelerde en sık görülen diş kaynaklı tümörlerin ilk başında odontomalar gelmektedirler. Mikst dokudan (mine, dentin, sement) oluşmaktadır ve dişlerin sürme bozuklukları veya gömülü kalmalarıyla ilişkili bulunabildikleri gibi nadir olmakla birlikte beraberinde kistik lezyonlar da barındırabilirler. Bu makalede, 29 yaşındaki erkek hastada sol üst 20 yaş dişinin germinden kaynaklandığı düşünülen, maksiller sinüs içerisinde gelişen kompleks odontoma ile odontomaya bağlı olarak gelişen dentijeröz kistin tedavisi sunulmaktadır. Odontomalar, benign oluşumlar olmakla birlikte bulgu vermeden büyük boyutlara ulaşip beraberinde sert doku yıkımına neden olabilecek kistik lezyonlara yol açabilmesi bakımından cerrahi öncesi detaylı klinik ve radyografik değerlendirilmelerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Odontom; dentijeröz kist; maksiller sinüs

ABSTRACT Odontomas are the most common odontogenic tumors of the jaws. They are mixed tumors consisting enamel, dentin and cementum and may be associated with abnormal or absence of eruption of teeth and very rarely they can present cystic lesions at same condition. The aim of this paper is to present a complex odontoma in the left maxillary sinus associated with the germ of left upper 3rd molar teeth and a dentigerous cyst associated with complex odontoma in a 29-years-old male patient. Although odontomas have been known as benign lesions, they can reach big sizes without any symptoms. Careful pre-operative clinical and radiographic evaluation should be performed due to possible concomitant existence of cystic lesions which may cause excessive bone destruction.

Key Words: Odontoma; dentigerous cyst; maxillary sinus

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2010;16(3):311-6

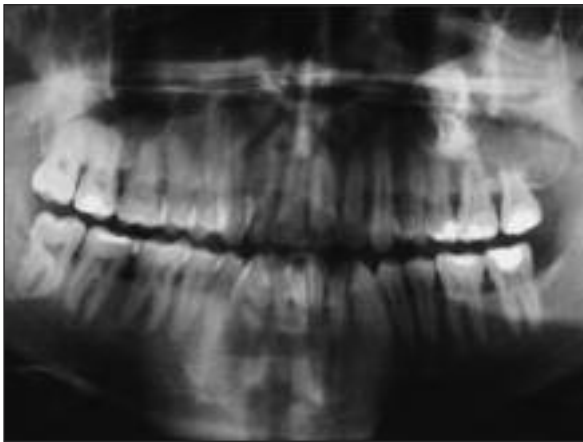
Çenelerde görülen diş kaynaklı benign tümöral oluşumların başında odontomalar gelmektedir.¹ Odontomalar, diş dokusunu oluşturan mezenkimal ve epitel hücreleri içermekle beraber mine, dentin ve sementi içeren farklılaşmış tümörlerdir.¹ Çenelerdeki odontojenik tümörlerin yaklaşık %22'sini odontomalar oluşturmaktadır.² Histolojik incelemelere bağlı olarak kompleks ve kompaund olmak üzere 2 ayrı tipi tanımlanmıştır.³ Mikroskopik olarak kompleks tipinde dişi oluşturan yapılar (sement, dentin, mine) düzensiz bir şekilde yerleşmişken kompaund tipinde ise bu yapılar daha düzenli olarak yerleşmiş ve makroskopik olarak diş benzeri yapılar görülmektedir.²

Kompleks odontomalar genellikle 2.dekadda görülürler.⁴ Gömülü olan ya da sürmesinde gecikme olan bir dişle ilişkili olabilirler ve bu yapılardan dentijeröz (foliküler) kist gibi kistik bir oluşumun gelişmesine neden olabilirler.¹

Bu iki çene lezyonunun bir arada görülmesi sık karşılaşılan bir durum değildir. Bu makalede, maksiller sinüs içerisinde yer alan kompleks odontoma ve odontomaya bağlı olarak gelişen dentijeröz kistin tanısı, radyografik ve tomografik görüntüleri ile tedavisi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi dokuz yaşındaki erkek hasta, sol üst çenedeki ağrı ve şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan klinik muayenesinde sol üst çene molar bölgede 2. premolar ve 1. molar dişlerin kökleri hizasında sert bir şişlik tespit edildi. Hastadan alınan panoramik röntgende 2. premolar ve 1. molar dişin apikalinden orbita tabanına kadar uzanan radyopak bir kitlenin bulunduğu ve bu kitlenin etrafını düzgün radyopak bir çizginin çevrelediği görülmüştür (Resim 1). Bu lezyonun distalinde sol üst 2. molar dişin apikalinde yer alan düzgün sınırlı başka bir lezyonun varlığı tespit edilmiştir. Daha sonra yapılan aksiyal ve koronal kesitli bilgisayarlı tomografi (BT) değerlendirmelerinde sol maksiller sinüs içerisinde yoğun radyopak görüntü veren düzgün radyolusent sınırlı çevrili bir lezyonun bulunduğu ve lezyon içerisinde diş benzeri görüntü veren radyopak kitlelerin mevcut olduğu görülmüştür (Resim 2). Yine BT görüntülerinde ostium



RESİM 1: Hastanın işlem öncesi panoramik görüntüsü.

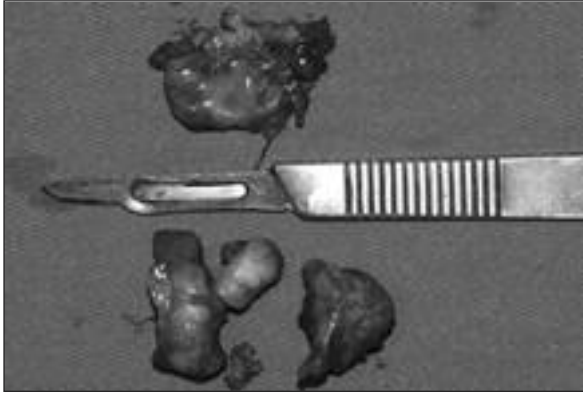


RESİM 2: Hastanın işlem öncesi bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

değerlendirilmiş ve açık olduğu görülmüştür. Bu lezyonun distalinde lezyon ile ilişkili olduğu görülen düzgün radyopak sınırlı başka bir lezyonun daha yer aldığı anlaşılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalında hastadan bilgilendirilmiş onam alınarak yerel anestezi altında 23 nolu dişten 27 nolu dişe kadar yapılan sulkuler insizyon, 23 nolu dişin mezialine yapılan vertikal serbestleştirici insizyonla birleştirilerek mukoperiosteal flep kaldırıldı. 25 nolu dişin apeksi hizasındaki kemikte bulunan genişlemeden rond frez ile 1 cm x 1 cm çapında bir kemik penceresi açılarak lezyona ulaşıldı. Daha sonra lezyon frez ve osteotomlar yardımıyla bölünerek parçalar halinde çıkarıldı (Resim 3). Maksiller sinüs içerisinde bulunan lezyon ile ilişkili kistik oluşum enükle edildi. Kist kavitesi kürete edilip irrigasyon solusyonu (betadin + serum fizyolojik) ile yıkandıktan sonra mukoperiosteal flep primer olarak kapatıldı. Hastaya antibiyotik, analjezik + anti-inflamatuar ve gargara reçete edildi. Ameliyat sonrası iyileşme dönemi sorunsuzdu.

Çıkarılan parçalar ayrı patoloji kaplarına yerleştirilerek histopatolojik inceleme için patoloji laboratuvarına gönderildi. Klinik bulgular göz önüne alınarak yapılan histopatolojik inceleme sonrasında sinüs içerisinden çıkarılan lezyonun organize ol-



RESİM 3: İşlem sırasında çıkarılan odontoma ve kistin görüntüsü.

mamış dentin ve sement benzeri dokular içermesi nedeniyle “kompleks odontoma” olduğu ve bu lezyon ile ilişkili olan diğer kistik lezyonun duvarında ödemli gevşek bağ dokusu görünümünde folikül izlenmesi nedeniyle “dentijeröz kist” olduğu anlaşılmıştır (Resim 4, 5). Hastadan alınan kontrol filmlerinde ve 1 yıl sonra alınan BT’de herhangi bir bulguya rastlanılmadı (Resim 6, 7).

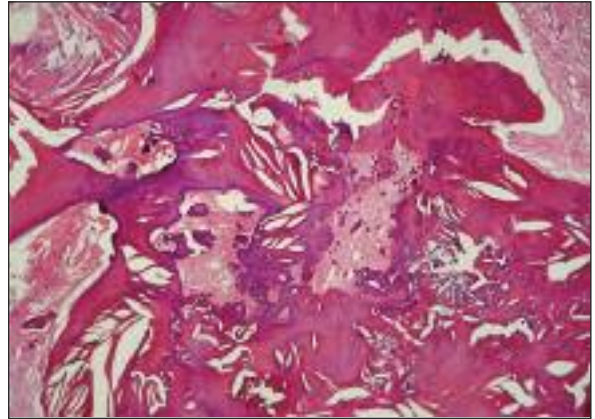
TARTIŞMA

Odontomalar benign odontojenik tümörlerin çene-lerde en sık görülen türüdür. Kompleks ve kom- pound olmak üzere iki ayrı tipi bulunmaktadır. Dişle aynı yapılardan meydana gelmeleri nedeniyle gelişim dönemleri de normal dişlerle aynıdır.²

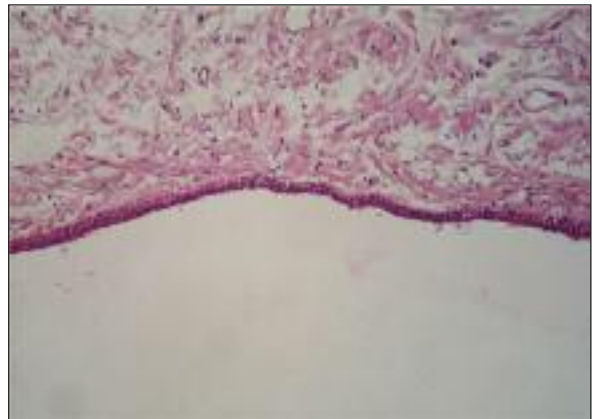
Dünya Sağlık Örgütü, yapmış olduğu odonto- jenik tümör sınıflandırmasında miksed dokudan oluşan odontojenik tümörleri 4 tipe ayırmıştır: Kompleks odontoma, compound odontoma, ame- loblastik fibroma (AF) ve ameloblastik fibro-odon- toma (AFO).⁴ Odontomalar, AF ve AFO birbi- rinden bağımsız lezyonlar olarak değerlendirilse de aynı lezyonun birbirini takip eden evreleri oldu- ğunu öne süren araştırmacılar da mevcuttur. Bu- nunla birlikte AFO, histolojik özellikleri ve görülme yaşı göz önüne alındığında kompleks odontomanın başlangıç evresi olarak değerlendiril- mektedir.⁵ Ancak Dolanmaz ve ark., AFO’nun re- kürrens göstermesi ve ayrıca AF ve AFO’nun odontogenezisin tamamlandığı dönemlerden son- ra görülmeleri nedeniyle odontomaların AF ile AFO’dan bağımsız değerlendirilmesi gerektiği bil- dirilmiştir.⁵

Odontomaların radyolojik olarak 3 farklı geli- şim evreleri vardır. 1. evre de içerdiği dental doku- ların kalsifiye olmaması nedeniyle radyolüsent, 2. evre de yarı radyopak, 3. evre de ise etrafı radyo- lüsent çizgi ile çevrili yoğun radyoopasite halinde izlenirler.

Odontomaların genellikle 2. dekatta göröl- melerine rağmen bizim olgumuz da odontoma 3. dekatta görülmüştür. Lezyonun yerleşim olarak maksiller sinüste bulunması nispeten daha ileri ya- şta tespit edilmesinin muhtemel nedenlerinden bi- ri olarak düşünülebilir. Etiyolojileri tam olarak bilinmemesine rağmen travma, enfeksiyon, gen ya- pısındaki bozukluk, gelişimsel ve kalıtsal etkiler nedeniyle oluşabilecekleri ileri sürülmüştür.^{3,6}



RESİM 4: Belirli bir organizasyonu olmayan, mineralize dentin-sement benzeri yapılardan oluşan kompleks tip odontom kitlesi. Mine tabakası içeren bölgeler dekalsifikasyon nedeni ile boş alanlar olarak görülmektedir (HE, x 50).



RESİM 5: Keratinizasyon göstermeyen, 4-5 tabakalı, ince birçok katlı yassı epitel ile döşeli dentijeröz kist görüntüsü (HE, x 100).

Komponent odontomalar genellikle maksilla anterior bölgede görülürken, kompleks odontomalar ise genellikle her iki çenede posterior bölgede görülmektedirler.⁶ Korpi ve ark. bu tümörlerin yarısından daha fazlasının sinüse yakın bölgelerde ya da sinüs içerisinde görüldüklerini bildirmişlerdir.⁷

Odontomaların etrafı stratifiye skuamoz epitel ile çevrelidir.⁶ İçerdikleri diş benzeri yapılar ve bu yapıları çevreleyen epitel nedeniyle büyüme eğilimindedirler ve bulgu vermeden büyük boyutlara ulaşabilirler. Lezyon içinde geliştiği maksiller sinüsün anatomik yapısı nedeniyle uzun süre bulgu vermeden büyümeye devam etmiştir. Ağız-içi şişlik bulgusu vermeden ağrıya ve kronik sinüzit gelişmesine neden olabilir.⁶ Rutin radyografilerde şans eseri görülebileceği gibi hastaların ağrı ve şişlik şikâyeti ile kliniğe başvurmalarıyla da fark edilebilirler. İlgili bölgede daimi diş eksikliği (%47.6-51) görülebilir.³ Sunulan olguda hasta, sol üst bölgedeki ağrı ve şişlik nedeniyle kliniğe başvurmuştur. Bu bölgede ağız içinde diş eksikliği bulunmamaktadır fakat panoramik röntgenden ve hasta anamnezinden edinilen bilgiye göre daha önceden diş çekimi hikâyesi olmayan hastanın sol üst 3. molar dişinin eksik olduğu anlaşılmıştır. Bu durumda üst 20 yaş dişinin folikülünün gelişim sırasında odontomaya farklılaştığı düşünülebilir. Bu şekildeki bir lezyon gelişiminin önüne geçilmesi için 20 yaş dişlerinin gelişim sürecinin rutin radyografilerle kontrol edilmesi önemlidir. Lezyonun varlığının ortalama dönem dışında (1-2. dekad) görülmesi ve büyük boyutlara ulaşması (3. dekad) hem ilgili bölgede hastanın şikâyetine neden olacak bir diş eksikliğinin bulunmamasına hem de lezyonun maksiller sinüs içerisinde gelişmesine bağlı olduğu düşünülebilir.

Odontomaların iki tipinin (kompleks ve komponent) birbirinden ayırt edilmesinin klinik bir önemi olmadığı düşünülmeyle birlikte, kompleks odontomanın radyolojik görüntüsü ile benzer radyolojik görüntü veren sementoblastoma, osteoma, ossifying fibroma ve osteoblastoma ile ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir.⁶

Opasitenin derecesi, görüldüğü dekad, sınırlarının belirgin olması, lezyonu çevreleyen sahanın

translütentiği gibi bulgular kompleks odontomayı diğer opak görüntü veren lezyonlardan ayıran bulgulardır.⁶

Lıma ve ark., çocuklarda yaptıkları biyopsi çalışmasında odontojenik tümörlerin %64.2'sini odontomaların oluşturduğunu ve bütün biyopsiler içinde odontomaların %4.3'lük pay aldığını bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada, dentijeröz kistin en sık karşılaşılan üçüncü lezyon olduğunu ve tüm biyopsiler içinde %8.6'lık paya sahip olduğunu bildirmişlerdir.⁸ Sales ve ark. yayınladıkları olgu raporunda odontomaların çenelerde en yaygın görülen tümöral oluşumların başında geldiğini bildirmişlerdir.¹

İçerdikleri epitel ve foliküler doku nedeniyle odontomaların cerrahi olarak çıkarılmaları gerek-



RESİM 6: Hastanın işlemden 1 yıl sonraki bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



RESİM 7: Hastanın işlemden 1 yıl sonraki panoramik görüntüsü.

mektedir.² Bu tümörler etrafını çevreleyen epitel kapsülü sayesinde lokal anestezi ile yapılan cerrahi girişimlerde kolayca çıkartılabilirler. Rekürrent olgular bildirilmiş olmakla birlikte oldukça nadirdir.^{1,6}

Chen ve ark. inceledikleri 7 AFO olgusunda 2 lezyonun rekürrens gösterdiğini, rekürrent lezyonların sınırlı bir büyüme potansiyeline sahip olduklarını ve kompleks odontomaya dönüşme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. AFO'nun rekürrens göstermesinin nedenleri arasında lezyon ile ilişkili olan diş germelerinin bulunması, lezyonun büyüklüğü ve yetersiz enükleasyon gösterilmiştir.⁹

Odontomaların tedavisinde iki farklı görüş mevcuttur. Bazı araştırmacılar odontomaların yavaş büyüyen, iyi huylu lezyonlar olmaları ayrıca bir dönem büyüme gösterip daha sonraki dönemler de sabit kalmaları nedeniyle bulgu vermediği sürece bırakılabileceklerini belirtirlerken, diğer bir grup araştırmacı ise odontoma teşhisi konulduğu anda bu lezyonların çıkartılması gerektiğini savunmaktadır.¹⁰

Cabov ve ark. cerrahi işlem sırasında odontomanın tamamen çıkarılmasını, lezyonun ve çevreleyen dokunun iyice kürete edilmesini önermişlerdir. Ayrıca odontomanın daha agresif bir tümör olan odontoameloblastomaya benzemesi nedeniyle, cerrahi işlem öncesinde ve sonrasında histolojik ve radyolojik değerlendirmelerin dikkatlice yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.⁶ Sunulan olguda da görüldüğü üzere özellikle maksiller yerleşim gösteren odontomaların beraberinde uzun dönemde sert doku yıkımına neden olabilecek kistik lezyon oluşturma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Maksiller sinüs içerisinde yer alan büyük lezyonların çıkarılmasında birçok yöntem uygulamakla birlikte Korpi ve ark., sinüs içerisinde yer alan büyük bir kompleks odontomayı çıkarmak için Le Fort I osteotomisini kullanmışlar ve bu yöntemin etkinliğini Cadwell-Luc antrostomisi ile karşılaştırmışlardır.⁷ Le Fort I osteotomisi ile lezyona

üstten ulaşım, bütün sınırlarının rahatlıkla görülebilmesi, enükleasyonun ve küretajın daha kolay olması ile işlem sonrası morbiditenin az olmasını yöntemin avantajı olarak göstermişlerdir.⁷ Fakat Le Fort I osteotomisinin genel anestezi gerektirmesi, kanama, post-operatif bakım süresinin uzaması gibi birtakım dezavantajları bulunmaktadır. Sunulan olguda lezyonun çıkarılması için maksiller sinüsün lateral duvarında kemik penceresi açılarak lezyonun parçalar halinde çıkarılması ameliyat sonrası morbiditenin az olmasını sağlamıştır.

Odontomalar içerdikleri folikül ve etraflarını çevreleyen epitel nedeniyle kistik oluşum sergileyebilirler ve dentijeröz kist gelişimine neden olabilirler.¹⁻³ Bu şekilde görülmeleri oldukça nadirdir fakat radyografik olarak doğru bir değerlendirilme yapılabilmesi için geleneksel radyografların BT ile desteklenmesi gerekmektedir. BT'de lezyonun 3 boyutlu görüntüsü ve anatomik yapılarla olan ilişkisi daha detaylı olarak incelenebilmektedir. Bu sayede lezyonun benzer radyografik özellik gösteren lezyonlarla ayırıcı tanısı kolaylıkla yapılabilmektedir. Ayrıca BT görüntüleri sayesinde lezyonun büyüklüğü ve komşu dokularla ilişkisi göz önüne alınarak yapılacak cerrahi işleme karar verilebilmektedir. Bu olguda BT görüntüleri sonucunda lezyonun yerel anestezi altında vestibül yüzden pencere açılıp lezyonun bu bölgeden çıkarılmasına karar verilmiştir. Yine BT görüntülerinde ostiumun açık olduğunun anlaşılması ve ameliyat sırasında antrostomi yapılmasına gerek duyulmaması, ameliyat sonrası olası maksiller sinüzit gelişmemesinin nedenlerinden biri olarak düşünülebilir.

Sonuç olarak, odontomalar çenelerde görülen diş kaynaklı benign tümörlerin en yaygın tipidir ve içeriklerinden dolayı kistik oluşum gösterebilirler. Bu nedenle fark edildiklerinde cerrahi öncesi ileri görüntüleme teknikleriyle diğer olası patolojilerle ayırıcı tanısının yapılması gerekmekte olup beraberinde başka lezyonlarla da muhtemel ilişkisi cerrahi sırasında göz önüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sales MA, Cavalcanti MG. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: Case report and computed tomography features. *Dentomaxillofac Radiol* 2009;38(1):48-52.
2. Özeç İ, Yeler H, Öztürk M. [Compound odontoma (for about 5 cases)]. *The Journal of Cumhuriyet University Faculty of Dentistry* 2000;3(1):38-41.
3. Yerli H, Konaş ÖL, Araç M, Çiçek D. [Case report: Complex composite odontoma: plain radiography and computed tomography findings]. *Diagnostic and Interventional Radiology* 2003;9(1):97-9.
4. Kalaycı A, Durmuş E, Çelik S. [Complex odontoma in the mandible: A case report]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2002;8(3):165-8.
5. Dolanmaz D, Pampu AA, Kalaycı A, Etöz OA, Atici S. An unusual size of ameloblastic fibro-odontoma. *Dentomaxillofac Radiol* 2008;37(3):179-82.
6. Cabov T, Krmpotić M, Grgurević J, Perić B, Jokić D, Manojlović S. Large complex odontoma of the left maxillary sinus. *Wien Klin Wochenschr* 2005;117(21-22):780-3.
7. Korpi JT, Kainulainen VT, Sándor GK, Oikarinen KS. Removal of large complex odontoma using Le Fort I osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67(9):2018-21.
8. Lima Gda S, Fontes ST, de Araújo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci* 2008;16(6):397-402.
9. Chen Y, Li TJ, Gao Y, Yu SF. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. *J Oral Pathol Med* 2005;34(10):588-95.
10. Türker M, Yücetaş Ş. Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. 3. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2004. p.360-1.