

Odontojenik Keratokist: 3 Yıllık Takip

Odontogenic Keratocyst: 3 Year Follow-Up: Case Report

Dt. Fatma BÖKE,^a
Prof.Dr. M. Nejat ARPAK,^a
Dr.Dt. H. Seda EROĞLU^a

^aPeriodontoloji AD,
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 02.06.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 29.09.2010

*Bu olgu sunumu, 12. BASS Kongresi
(12-14 Nisan, 2007, İstanbul)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dt. Fatma BÖKE
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Periodontoloji AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
fatmaboke@yahoo.com

ÖZET Odontojenik keratokist (OKK), dental lamina artıklarından kaynaklanan, inflamatuvar olmayan, gelişimsel odontojenik kistler olarak sınıflandırılırlar. İlk kez 1876 yılında Mikulicz tarafından belirtilmiş ve 1956 yılında Philipsen tarafından tanımlanmıştır. Çene kemikleri içinde kistik bir lezyon olarak tanımlanan OKK, yıkıcı özelliği, lokal agresif davranışı ve yüksek oranda rekürrens potansiyeli ile karakterizedir. OKK'nin çenelerde görülme sıklığı %5-17 arasında değişir. Genellikle yetişkinler ve erkeklerde daha yoğun izlenir. Bu makalede maksiler anterior bölgede OKK gelişen bir olgu sunulmuştur. Elli beş yaşında kadın hasta, kliniğimize sol üst çene ön bölgede tekrarlayan şişlik ve iltihap şikâyeti ile başvurdu. Ağız içi ve radyografik muayenede üst sol kanin ve birinci premolar dişler arasında fistül ve lateral periodontal kist benzeri radyolusensi görüldü. Dişler vitalite testine pozitif cevap verdi. Cerrahi sırasında bölgeye radikal küretaj yapıldı. Defekt greft materyali ile doldurulup, üzeri rezorbe olabilen membranla örtüldü. Histopatolojik incelemede lezyonun parakeratotik tip OKK olduğu saptandı. Hastanın 3 yıllık değerlendirmesinde herhangi bir nüks izlenmedi. Keratokistlerin klasik tedavisi enükleasyon olmasına rağmen bu makalede defekt doldurucu sentetik materyaller ile de tedavi edilebileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik kistler; biyouyumlu materyaller

ABSTRACT Odontogenic keratocyst (OKC) was categorized as a developmental, noninflammatory odontogenic cyst that arises from cell rests of dental lamina. Firstly it was determined by Mikulicz at 1876 and defined by Philipsen at 1956. OKCs have a high recurrences rate and develop more aggressively than any other jaw cysts. OKC 5-17% percent of all odontogenic jaw cysts. Generally adult patient and men are affected. In this article a case of OKC in maxillary anterior region has been reported. A 53-year-old female patient visited our clinic because of repeating swelling and supurate of the left maxillary anterior region. The intraoral examination there was hyperemia in the vestibul region of impacted maxillary left canine and first premolar teeth. The radiographic examination revealed a unilocular radiolucency looks like laterally periodontal cyst between maxillary left canine and first premolar teeth. The vitality test was positive at these teeth. At the surgery, radical curetage was performed on the lesion site. Defect was filled with β -TCP and then biomaterial was covered with a resorbable membran. Histopathologic examination show that the lesion was a parakeratotic type of OKC. The patient was recalled first and third year and any recurrences have not seen. Although treatment of odontogenic keratocyst was enucleation, in this paper showed that it can be treated with sentetic graft materials.

Key Words: Odontogenic cysts; biocompatible materials

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012;18(2):214-8

Odontojenik keratokist (OKK) terimi ilk kez 1956 yılında epiteli keratinizasyon gösteren odontojenik kisti belirtmek için Philipsen tarafından kullanılmıştır. Genel kanı, OKK'nin farklı mikroskopik

özellikleri olan odontojenik epitelden orijin alan ve rekürrens potansiyeli olan noninflamatuvar odontojenik kistin spesifik bir tipi olduğudur. Tüm odontojenik kistlerin keratinizasyon potansiyeli olmasına rağmen OKK karakteristik mikroskobik özellikleri, patogenezi ve biyolojik davranışları ile özel varlık gösterir. Shear ve Soskolne primordial epitelden orijin aldığı için 'primordial kist' terimini tercih eder.¹

OKK yüksek rekürrens oranı, agresif davranışı ile bilinir. Nadiren bazal hücreli nevus sendromu ile birlikte gözlenebilir. Histolojik olarak parakeratinize ve ortokeratinize OKK olarak iki tipi vardır. Parakeratinize tipin daha yüksek oranda rekürrens gösterdiği bildirilmiştir.² Daha çok hayatının 2. ve 3. evrelerindeki hastalarda görülür.³ Birçok çalışmada mandibulada maksillaya oranla daha çok görüldüğü bildirilmiştir, ayrıca en yaygın lokalizasyon bölgesi mandibula posteriordur.^{3,4} Bununla birlikte maksillada meydana geldiğinde sıklıkla kanin bölgede yer alır. OKK radyografik olarak sınırları belirgin uniloküler veya multiloküler radyolusensi şeklinde görülür. Uniloküler OKK periapikal bölgede görüldüğünde periapikal kistle, sürmemiş diş kronu etrafında görüldüğünde dentigeröz kistle, kökler arası bölgede görüldüğünde lateral periodontal kistle, maksiler orta hatta görüldüğünde nazopalatin kanal kistiyle karışabilir.⁵ Bu makalede maksiler kanin ve birinci premolar dişler arası bölgede lateral periodontal kist ön tanısı ile ameliyat edilen, histopatolojik inceleme sonucu OKK teşhisi konulan bir olgu sunulmaktadır.

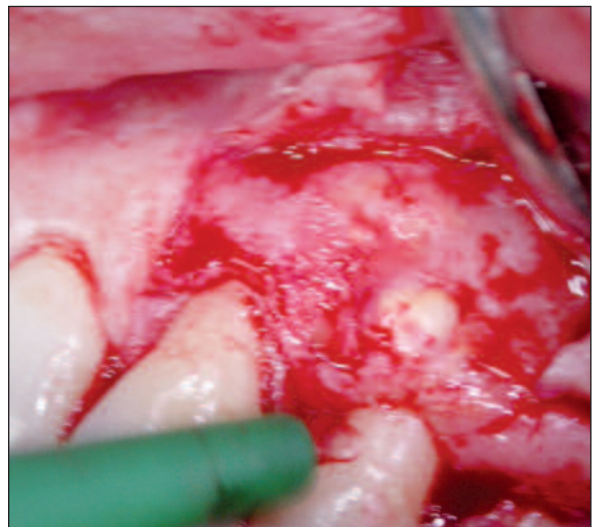
OLGU SUNUMU

Elli üç yaşında kadın hasta, sol üst çenesinde birkaç aydır devam eden ve zaman zaman tekrarlayan şişlik ve iltihap akıntısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın ağız içi muayenesinde 13 ve 14 numaralı dişlerin vestibülünde hiperemi tespit edildi. Şikâyet bölgesindeki dişlerde perküsyon hassasiyeti, mobilite, migrasyon görülmedi. İlgili dişlere yapılan elektirikli pulpa testi sonucu dişlerin vital olduğu kaydedildi. Radyolojik değerlendirilmede sol üst kanin ve 1. premolar dişler arası bölgede iyi sınırlı, uniloküler radyolusensi tespit edildi (Resim 1).



RESİM 1: Lezyonun başlangıç radyografik görüntüsü.

Sistemik olarak herhangi bir sağlık problemi olmayan hasta lateral periodontal kist ön tanısı ile ameliyata alındı. Lokal anestezi altında sol üst kanin dişten 1. molar dişe uzanan diş eti insizyonu ve anteriorda bu dişlerden yapılan vertikal gevşetici insizyonları takiben tam kalınlık flep kaldırıldı. Lezyonun vestibül kemiği perfore ettiği görüldü (Resim 2). Ameliyat esnasında kist çıkarılırken kist epiteli parçalandı. Bölge iyice kürete edilip serum fizyolojikle yıkandı. Çıkarılan parça histopatolojik incelemeye gönderilmek üzere %10 formole alındı.



RESİM 2: Kemikte meydana gelen perforasyon.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

Bölge tamamen temizlendikten sonra (Resim 3) daha iyi bir iyileşme hedeflenerek bölgede oluşan kemik defekti β -TCP sentetik greft materyali (Kasios) (Resim 4) ile doldurulup rezorbe olabilen membran (Biomesb) (Resim 5) ile örtüldü ve yara bölgesi primer olarak 3,0 stur ile kapatıldı (Resim 6).

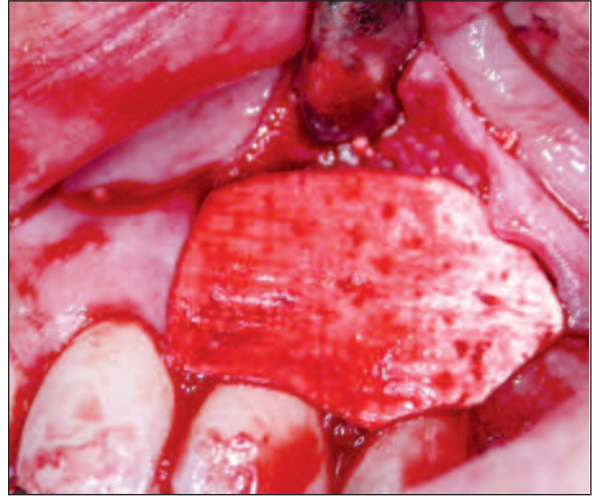
Hastaya operasyondan sonra bir hafta süreyle antibiyotik (Penisilin+klavulonik asit 1000 mg 2x1) kullanıldı ve yine 1 hafta süreyle günde iki kez CHX gargara ile ağzı çalkalattırıldı. Bir hafta sonra



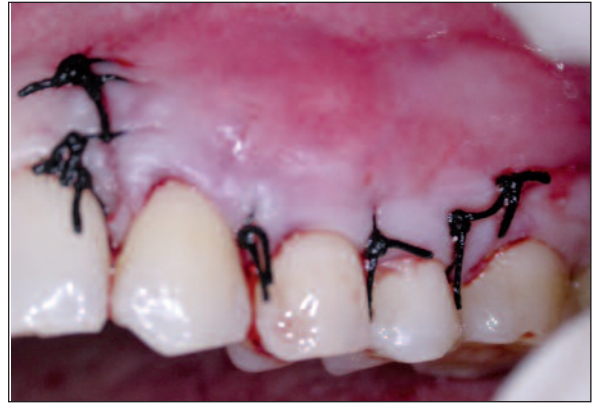
RESİM 3: Defekt bölgesinin temizlendikten sonraki görüntüsü.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 4: Defekt bölgesinin sentetik greft ile doldurulması.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 5: Sentetik greftle doldurulan bölgenin rezorbe olabilen membran ile örtülmesi.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



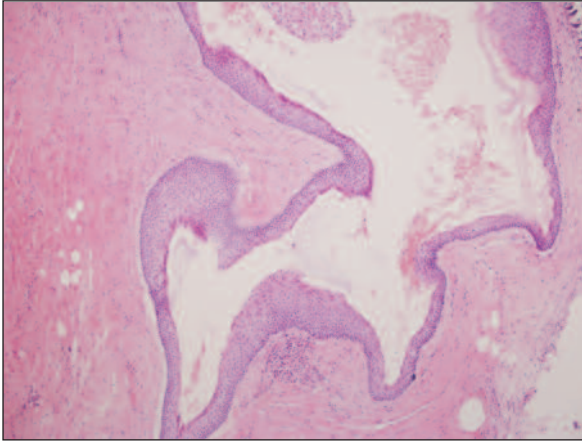
RESİM 6: Operasyondan sonra flebin primer kapatılması.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

dikişler alındı. Operasyon sonrası iyileşme döneminde hasta herhangi bir sorunla karşılaşmadı.

Histopatolojik inceleme sonucunda lezyonun parakeratotik OKK olduğu rapor edildi (Resim 7). Bundan sonra hasta periyodik takibe alındı. 3 yıllık takip süresinde yapılan klinik ve radyografik muayenelerde herhangi bir nüks izlenmedi (Resim 8).

TARTIŞMA

Çenelerin gelişimsel kistleri arasında yer alan OKK'ler genelde hayatın 2. ve 3. evrelerinde ve erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha fazla görülürler.^{6,7} Bazı araştırmacılar hayatın 5. evresinde ilave bir çıkış ile bimodal yaş dağılımı rapor etmişlerdir.⁸



RESİM 7: Kist epitelinin histopatolojik görüntüsü (HE, x40).
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 8: Üç yıl sonunda bölgenin radyografik görüntüsü.

OKK'ler sıklıkla (%66,8) mandibulada ve retromolar bölgede (%34,4) lokalizasyon gösterirler. 2003 yılında yapılan bir çalışmada OKK'ler maksillada meydana geldiğinde en çok maksiller kanin bölgede lokalize olduğunu ve apikal inflamatuvar lezyon veya lateral periodontal kist ile karıştığı rapor edilmiştir.⁵ Benzer şekilde olgumuzda da OKK maksiller kanin ve 1. premolar dişler arası

bölgede meydana gelmiş ve hasta lateral periodontal kist ön tanısı ile ameliyat edilmişti.

OKK diğer çene kistlerinden lokal agresif davranışı ve yüksek nüks oranı ile ayrılır. Dolayısıyla tedavisi patolojik varlığı yok etmeyi, rekürrens potansiyelini azaltmayı amaçlamalıdır.⁹ Primer OKK tedavisi, biyopsi ile teşhis konulduktan sonra işaretleme ajanı olan metilen mavisi, bunu takiben doku sabitleyicisi olarak uygulanan Cornoy solüsyonu ve mekanik küretajla devam eden kistin enükleasyonunu içermelidir.⁹ Zacharides OKK'nin diğer çene kistlerine göre daha aktif davranış göstermekte olduğunu ve bu nedenle daha agresif tedavi gerektirdiğini belirtmiştir.¹⁰ Sunulan olguda ise hasta lateral periodontal kist ön tanısı ile ameliyat edildiği için, klasik OKK tedavisi yapılmamıştır. Bölgede kistik dokuyu tamamen uzaklaştırmak amacıyla radikal küretaj yapılmış defekt bölgesinde daha iyi kemik iyileşmesi sağlamak için bölge kemik grefti ile doldurulup üzeri rezorbe olabilen membranla örtülmüştür. Üç yıllık takip sonunda yapılan radyografik incelemede defekt bölgesinin bu tedaviye yeni kemik oluşumu açısından olumlu yanıt verdiği izlenmiştir.

OKK'lerle ilgili olarak yapılan çalışmalarda nüks oranı %0-62 olarak rapor edilmiştir. Bu farklı oranın kullanılan cerrahi uygulama, keratokistin lokalizasyonu ve takip süresiyle ilgili olabileceği belirtilmiştir.¹¹ Todd ve ark. çalışmalarında, parakeratinize tip OKK'nin nüks oranını %42, orto-keratinize tipin nüks oranını ise %2,2 olarak bulmuştur.¹² Ahlfors ve ark., keratokistin ilk tedavisi ile nüks arasında ortalama sürenin 5 yıl olduğunu, erkeklerde ortalama 4 yıl, kadınlarda ise bu sürenin ortalama 7 yıl olduğunu söylemişlerdir.⁷ Bramley, ilk 5 yılda her yıl radyografik takip tavsiye ederken, Vedtofteve ve Praetorius 10 yıllık takip önerir.^{13,14} Burada amaç nüks önlenemese bile erken fark edilebilmesidir. Bu makalede sunduğumuz olgunun 3 yıllık takibi yapılmış, bu süre OKK'de nüks için kısa olmakla birlikte herhangi bir nüks izlenmemiştir. Hastanın kontrolleri devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Shear M. Cysts of the Oral Regions. 2nd ed. Bristol, England: Wright PSG; 1983. p.218.
2. Chirapathomsakul D, Sastravaha P, Jansisanont P. A review of odontogenic keratocysts and the behavior of recurrences. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;101(1):5-9.
3. Brannon RB. The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;42(1):54-72.
4. Payne TF. An analysis of the clinical and histopathologic parameters of the odontogenic keratocysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972;33(4):538-46.
5. Ali M, Baughman RA. Maxillary odontogenic keratocyst. A common and serious clinical misdiagnosis. *J Am Dent Assoc* 2003;134(7): 877-83.
6. Browne RM. The odontogenic keratocyst. Clinical aspects. *Br Dent J* 1970;128(5):225-31.
7. Ahlfors E, Larsson A, Sjögren S. The odontogenic keratocyst: a benign cystic tumor? *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42(1):10-9.
8. Kakarantza-Angelopoulou E, Nicolatou O. Odontogenic keratocysts: clinicopathologic study of 87 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48(6):593-9.
9. Williams TP, Connor FA Jr. Surgical management of the odontogenic keratocyst: aggressive approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52(9):964-6.
10. Zachariades N, Papanicolaou S, Triantafyllou D. Odontogenic keratocyst; review of the literature and report of sixteen cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1985;43(3): 177-82.
11. Oikarinen VJ. Keratocyst recurrences at intervals of more than 10 years: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990;28(1):47-9.
12. Crowley TE, Kaugars GE, Gunsolley JC. Odontogenic keratocysts: a clinical and histologic comparison of the parakeratin and orthokeratin variants. *J Oral Maxillofac Surg* 1992;50(1):22-6.
13. Bramley PA. Cysts of the jaws and oral soft tissues. In: Moore JR, ed. *Surgery of the Mouth and Jaws*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1986. p 415-42.
14. Vedtofte P, Praetorius F. Recurrence of the odontogenic keratocyst in relation to clinical and histological features. A 20 year follow-up study of 72 patients. *Int J Oral Surg* 1979;8(6):412-20.