

# Geniş Mandibuler Kistlerin Konservatif Tedavisi: İki Olgu Sunumu

## Conservative Treatment of Large Cystic Lesions of the Mandible: Two Case Reports

Mahmut KOPARAL,<sup>a</sup>  
Hilal TÜRKER ALAN,<sup>b</sup>  
Derya TOPRAK GÜNDÜZ,<sup>c</sup>  
Belgin GÜLSÜN,<sup>d</sup>  
İbrahim Halil ERDOĞDU,<sup>e</sup>  
Veysel İÇEN,<sup>d</sup>  
R. Ferman GÜNEŞ<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD,

<sup>b</sup>Protetik Diş Tedavisi AD,

Adıyaman Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Adıyaman

<sup>b</sup>Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD,  
İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,  
Malatya

<sup>c</sup>Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD,  
Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,  
Diyarbakır

<sup>d</sup>Tıbbi Patoloji AD,  
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Adıyaman

Geliş Tarihi/Received: 10.10.2015

Kabul Tarihi/Accepted: 29.01.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:

Mahmut KOPARAL  
Adıyaman Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, Adıyaman  
TÜRKİYE/TURKEY  
drmahmutkoparal@gmail.com

doi: 10.5336/dentalcase.2015-48263

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

**ÖZET** Odontojenik kistler arasında en sık görülenler radiküler ve rezidüel kistlerdir. Radiküler kistlerin tedavisinde erken dönemde kök kanal tedavisi yeterli olabilirken, tanıda gecikmiş büyük hacimli radiküler ve rezidüel kistlerin tedavisinde enükleasyon veya marsupializasyon uygulanmaktadır. Enükleasyonun; kistin anatomik yapılarla komşuluğu, kaybolmuş kemik yapısının rekonstrüksiyon zorluğu, postoperatif enfeksiyon gelişmesi gibi dezavantajları mevcuttur. Marsupializasyon tedavisi ise enükleasyon tedavisine göre çok daha az komplikasyon ihtimaline sahiptir. Bu çalışmada sunulan büyüklüğe nadiren ulaşabilen kistik lezyonların; başarılı marsupializasyon tedavisi sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kistler; mandibula; tedavi; dekompresyon

**ABSTRACT** Radicular and residual cysts are most frequently ones among odontogenic cysts. Enucleation or marsupialization is applied in treatment of large volume radicular and residual cysts delayed to diagnose, the root canal therapy may be sufficient in early period in treatment of the radicular cysts. Enucleation has any drawbacks such as neighborhood of the cyst to anatomic structures, reconstruction obligation of the lost bone structure, postoperative infection development, etc. Marsupialization therapy has a very less complication possibility compared to enucleation therapy. We submitted successful marsupialization therapy of the cystic lesions, which may reach rarely the size given in these two care reports.

**Key Words:** Cysts; mandible; therapy; decompression

**Türkiye Klinikleri J Dental Sci Cases 2015;1(4):285-9**

**R**adiküler kistler çenelerin en sık (%52) rastlanan inflamatuvar kistler rindendir. Diş çürüğü veya travmaya bağlı olarak devitalize hâle gelen bir pulpaya sahip sürmüş bir dişin genellikle kök ucunda meydana gelmektedir.<sup>1</sup> Radiküler ve rezidüel kistler yavaş bir büyüme seyri göstermektedirler. Maksillada hem bukkal hem de palatinal bölgeye, mandibulada ise genellikle bukkal yöne doğru büyüme eğilimindedirler.<sup>2</sup> Büyük boyutlara ulaşmadıklarında ve enfekte olmadıklarında genellikle asemptomatik seyrederler. Radiküler kistler nadiren büyük boyutlara ulaşabilmektedir.<sup>3,4</sup> Rezidüel kistler ise çoğunlukla diş çekimi sonrası bölgede kalan granülasyon dokusundan veya periodontal ligament artıklarından oluşmaktadır. Bu kistlerin çapı 3 cm'den küçük olduğunda primer eksizeyonla tedavi edilirler. Çapı 3 cm'yi geçen geniş mandibuler kistlerin teda-

visinde uygulanacak yöntem için kesin bir görüş birliği yoktur. Kistlerin tedavi şekline karar verirken, boyutlarının yanında kistin histolojik tipi de çok önemlidir. Amaç, kistin mümkün olduğu kadar tam olarak ve komplikasyonsuz olarak çıkarılmasıdır.<sup>5</sup>

Büyük kistik lezyonların boyutlarının küçültülmesinde kist duvarına bir cerrahi pencere açarak içindeki basıncı azaltmaya yönelik uygulanan bir işlem olan marsupializasyon ilk kez Partsch tarafından tanımlanmıştır.<sup>6</sup> Bu yöntemde anatomik yapıların izin verdiği genişlikte, fraktüre sebep olmayacak bir pencere açmakta ve kist epitelini oral mukozaya dikilmektedir.<sup>1,3,4,7</sup> Thoma, kist kavitesine oluşturulacak bir açıklık ile basıncın düşürülebileceği dekompresyon tekniğini geliştirmiştir. Bu teknikte daha küçük bir pencere açılıp tüp ya da stent gibi bir alet pencerenin periferine dikilerek açıklık korunmaktadır.<sup>8</sup> Her iki yöntem ile kist boşluğu ağız boşluğunun bir devamı hâline gelmektedir. Zaman içinde alttan proliferen doku kaviteyi yukarıya doğru kaldırarak küçültülmekte ve kist kapsülü ağız epiteline dönüşerek aynı karakteri kazanmaktadır. Her iki yöntemde de önemli olan, pencere açıldıktan sonra bu açıklığın uzun süre korunmasıdır. Eğer kendi hâline bırakılırsa kapanacağı ve sıvı akümüasyonu ile kistin yeniden oluşabileceği rapor edilmiştir. Bu nedenle açıklığın obtüratör ya da protez kullanılarak muhafaza edilmesi gerektiği savunulmuştur. Obtüratör uygulamasına hacmi küçültülerek, kavite küçülüp rahat temizlenebilir hale gelene kadar devam edilmesi önerilmiştir.<sup>6,8</sup>

Marsupializasyona karar verirken doku harabiyetinin miktarı, cerrahi ulaşım zorluğu, hastanın genel durumu, kistin büyüklüğü, sürmekte olan dişler göz önünde bulundurulmalıdır. Marsupializasyon işlemi nüks ihtimali düşük ve geniş hacimli kistik lezyonlarda daha sık tercih edilmektedir.<sup>9</sup>

Bu iki çalışmada geniş hacimli radiküler ve rezidüel kistlerin marsupializasyon ile tedavisi sunulmuştur.

## OLGU SUNUMLARI

### OLGU 1

Elli iki yaşındaki erkek olgu alt çenesinde şişlik

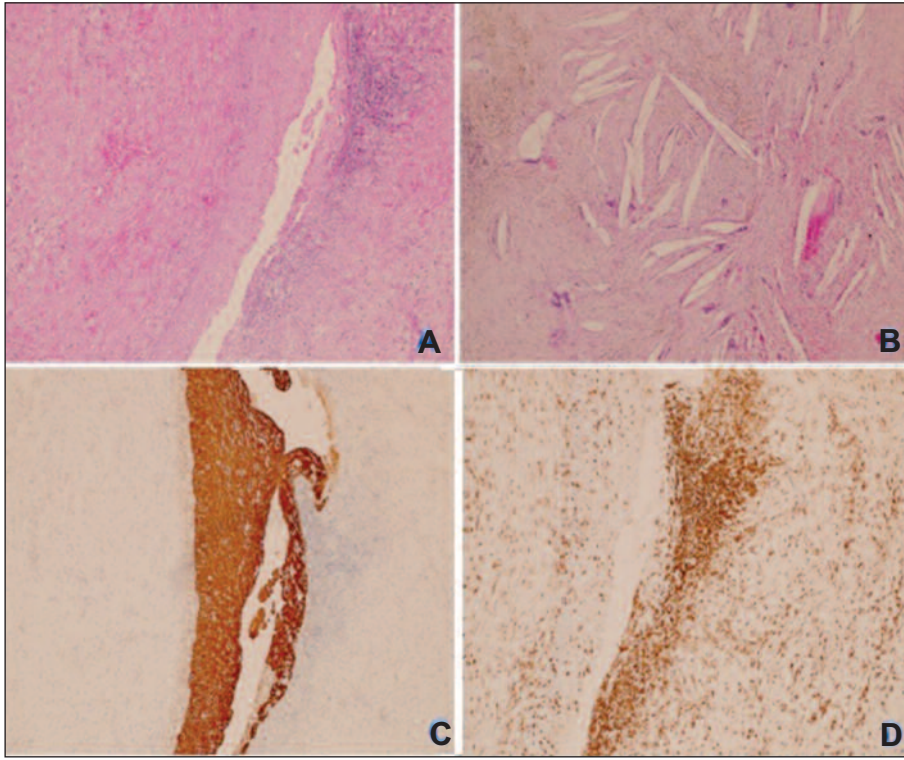
ve ağrı şikâyetleri ile başvurdu. Olgunun alınan anamnezinde yaklaşık iki yıl önce bölgeden diş çektiği öyküsüne rastlandı. Yapılan klinik muayenede sol mandibuler vestibül sulkusta şişleşme ve bölgede belirgin asimetri saptandı. Alt dudağın sol yarısında uyuşukluk gözlenmedi. Olgunun panoramik x-ray incelemesinde mandibula sol korpus bölgesinde uniloküler, sınırları belirgin, tabanı basis mandibulaya kadar devam eden ve içinde herhangi bir dentil oluşum barındırmayan radyolüsent lezyon saptandı (Resim 1). Olgunun lenf muayenesinde lenfadenopati saptanmadı. Yapılan kemik içi ponksiyonda kistik sıvının varlığı görüldü. Kistik lezyonun büyüklüğü, sinir yapısını içine alması ve kemikteki yoğun yıkım nedeni ile marsupializasyona karar verildi. Vestibül sulkustan kemik devamlılığını bozmayacak ve anatomik yapılara zarar vermeyecek şekilde semilunar insizyonla kemik penceresi açıldı. Kist ile uyumlu lezyon epitelinden alınan örneklerin histopatolojik incelemesi sonucu, lezyona radiküler kist teşhisi konuldu (Resim 2 a-d). Açıklığın kapanmaması için bölgeye akrilikten obtüratör hazırlanarak yerleştirildi ve olguhaftalık periyotlarla çağırılarak kist kavitesi izotonik solüsyon ile irrigelendi. Olgu kistik kavitenin bakımı konusunda bilgilendirildi. Bir yıl sonra alınan panoramik grafide ve ağız içi muayenede kist boşluğunun tamamen sağlıklı kemik yapısıyla dolduğu görüldü (Resim 3). Olgu 6 aylık kontrollerle izlem altına alınacaktır.

### OLGU 2

Otuz beş yaşındaki erkek olgu sağ mandibuler bölgedeki dişlerinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Olgunun yapılan klinik muayenesinde mandibuler sağ alt ikinci. premolar dişinde derin



**RESİM 1:** Sol mandibula korpusu içine alan, sınırları belirgin kistik lezyon- Panoramik grafide izlenmektedir.



**RESİM 2:** a) Çok katlı epitel ile döşeli kistik alan altında linear olarak uzanan nötrofillerden zengin, lenfositleri de içeren mikstinflamatuar hücre infiltrasyonu ; b) Aynı olguya ait farklı alanlarda inflammatuar hücre infiltrasyonu ve kolesterol kleftlerinin görüldüğü alan; c) Çok katlı yassı epitel hücrelerinin Pan CK immünohistokimyasal boyası ile gösterimi ve Alttı inflammatuar hücre infiltrasyonu gözlenmektedir; d) Çok katlı yassı epitel altında nötrofil ve lökositlerden belirgin inflammatuar LCA immünohistokimyasal boyası ile gösterilen stromada da daha azalarak infiltrasyon görülmektedir.

bir çürük dışında herhangi bir patoloji saptanmadı. İntraoral muayenesinde vestibül sulkusta sığlaşma saptandı. Panoramik grafide mandibuler sol kanından sağ ikinci molar dişe kadar devam eden ve bu bölgedeki tüm dişleri içine alan, geniş radyolüsent görüntü veren, multiloküler, sınırları belirgin, basis mandibulaya kadar devam eden, yaygın kemik yıkımına sebep olan lezyon saptandı (Resim 4). Ayırıcı tanı için yapılan ponksiyon muayenesinde kistik sıvı görüldü. Lezyonun büyüklüğü nedeni ile marsupializasyona karar verildi. Mental siniri koruyacak şekilde diş kökleri altında semilunar insizyonla kemik penceresi açıldı. Eksize edilen kistik dokunun histopatolojik incelemesi sonucu rezidüel kist teşhisi doğrulandı (Resim 5). Açıklığın kapanmaması için bölgeye obtüratör uygulandı. Uygulanan obtüratör üç haftalık periyotlarla değiştirildi. İki yıl sonra alınan grafide kistin yerini tamamen sağlam kemiğe bıraktığı saptandı (Resim 6). Olgu Altı aylık periyodik kontrollere çağırıldı.

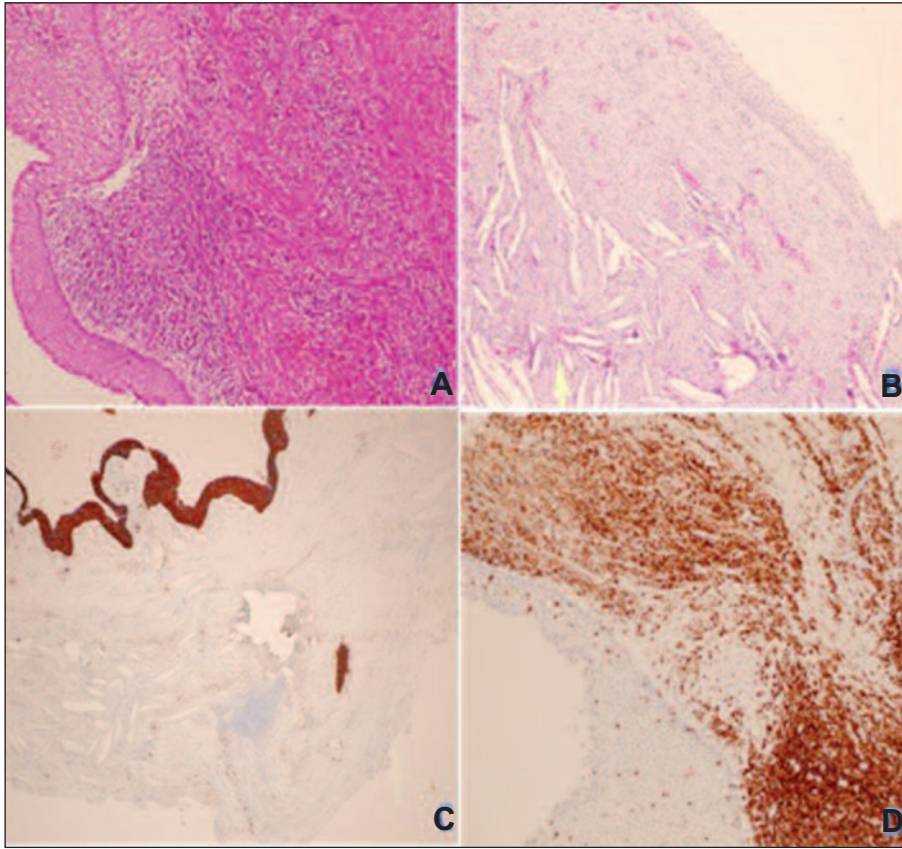


**RESİM 3:** Bir yıl sonra alınan panoramik grafide kistik lezyonun yerini tamamen sağlıklı kemik dokuya bıraktığı gözlenmektedir.



**RESİM 4:** Panoramik grafide sağ mandibuler korpusu içine alan sınırları sol kanından sağ ikinci molar dişe kadar devam eden kistik lezyon izlenmektedir.





**RESİM 5:** a) Çok katlı epitel altında ve stromada belirgin polimorf hücreli lökosit ve lenfositlerden zengin inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmektedir (H&E $\times$ 10); b) Çok katlı yassı epitel hücreleri altında kolesterol kleftleri ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmektedir; c) İmmünohistokimyasal boyası ile çok katlı yassı epitel altında kolesterol kleftleri izlenmektedir; d) Çok katlı yassı epitel hücreleri LCA immünohistokimyasal boyası ile polimorf hücreli lökosit ve lenfositlerden zengin mikst inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmektedir.



**RESİM 6:** İki yıl sonra alınan panoramik grafide kistik lezyonun yerini tamamen sağlıklı kemik dokuya bıraktığı gözlenmektedir. Diş çekimine ihtiyaç kalmadan etkeni olduğunu düşündüğümüz vitalite testine negatif yanıt veren sağ ikinci premolar ve birinci molar dişlerin endodontik tedavileri ve ikinci premolar dişe uygulanan rezeksiyon (diş kökündeki radyolüsent alan rezeksiyon bölgesinden kaynaklanmaktadır) yeterli olmuştur.

## TARTIŞMA

Radiküler kistler inflamasyon sonucu olarak periodontal ligamentteki epitel artıklarından köken almaktadır. İnflamasyonu genellikle diş pulpasının

ölümü izlemekte ve bu nedenle kist genellikle ilgili dişin apikalinde bulunur. Çoğu radiküler kist enfekte olmadıkça semptomsuz bir seyir izlemekte ve bu nedenle de büyük boyutlara ulaşabilir.<sup>10</sup> Her iki olgumuzda da kistler büyük boyutlara ulaşmış enfekte olduktan sonra semptom vermiştir.

Litaratürde, bizim olgularımızdaki gibi büyük boyutlara ulaşmış kistlerin tedavisinde marsupiyalizasyon veya dekompresyonun; enükleasyondaki komplikasyon ihtimalinin yüksek olmasından dolayı daha avantajlı olduğu rapor edilmiştir.<sup>11</sup> Fakat bu tedavinin başarısı hekim kadar hastaya da bağlıdır. Hastanın uygulanacak tedavi ile ilgili bilgilendirilmesi ve tedavi sürecinin uzunluğunun bilmesi önemlidir.<sup>12</sup>

Marsupializasyon ve dekompresyonun en önemli avantajları; kademeli olarak kist kavitesinin

küçülmesi, oral dokuların korunması, pulpa vitalitesinin devamlılığı, diş çekiminin önlenmesi, inferior alveolar sinir, maksiller sinüs, nazal kavite ve gelişmekte olan dişler gibi önemli anatomik yapı-lara cerrahi olarak zarar verilmesinden kaçınılması, mandibuler fraktürden kaçınılması ve düşük nüks oranıdır.<sup>7</sup> Her iki olgumuzda da ilgili dişlerin vitalitesi, mandibulanın devamlılığı ve inferior alveolar sinir korunmuş ve ileri cerrahi müdahaleye gerek kalmadan hastanın tedavisi tamamlanmıştır.

Bu tekniklerin iki temel dezavantajı vardır. Bunlardan ilki; dekompresyon bölgesinde kist epitelinin çok az kısmı histopatolojik olarak değerlendirilebildiği için tanıya yanılmalara sebep olabilmektedir ve nadir de olsa keratokist gibi agresif bir lezyonun agresif olmayan diğer kist türleriyle karıştırılmasına, bu nedenle tedavinin başarısız olmasına veya nüks etmesine yol açabilmesidir. İkincisi ise tedavi boyunca hasta ile iyi bir

kooperasyon gerekmektedir. Tedavinin başarısı için açılan pencerenin temiz kalması ve sürekliliğinin sağlanması önem taşımaktadır.<sup>10</sup> Bu sağlanmadığı sürece tedavide ilerleme görülmeyecektir.

Anavi ve ark., yaptıkları çalışmada odontojenik kistlerin primer olarak dekompresyonla tedavi edilebilmesi için ortalama dekompresyon süresini üst çenede 33 ay, alt çenede ise 22 ay olarak rapor etmişlerdir.<sup>7</sup> İki olgumuz da sadece marsupializasyonla tedavi edilmiş ve 12 ayda tam bir iyileşme sağlanmıştır.

Sonuç olarak; büyük kistlerde öncelikle alınan biyopsi ile kistin çeşidinin belirlenmesi gerekmektedir. Daha sonra radiküler ve rezidüel kist gibi prognozunun iyi olduğu bilinen kistler için marsupializasyon ile olumlu sonuç elde edilmektedir. Geniş çene kistlerinin tedavisinde marsupializasyon tedavisi uyumlu hastalarda uygulanabilir bir tedavi yöntemidir.

## KAYNAKLAR

1. Türker M, Yücetaş Ş. [Cysts and treatment of jaw and surrounding tissues]. *Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi*. 3. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık İnş. Taah. San. ve Tic. Ltd. Şti. 2004; p.331-43.
2. Kruger GO. Cysts of bone and soft tissues of the oral cavity and contiguous structures. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1984; p.255-80.
3. Kose E, Canger EM, Sisman Y, Yıldırım Canakci FG, Cubukcu G, Akgun H. Giant radicular cyst with bilateral maxillary sinus involvement. *J Oral Maxillofac Radiol* 2014;2(2): 52-5.
4. Sagit M, Guler S, Tasdemir A, Akf Somdas M. Large radicular cyst in the maxillary sinus. *J Craniofac Surg* 2011;22(6):e64-5.
5. Enislidis G, Fock N, Sulzbacher I, Ewers R. Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: a prospective study of the effect of decompression. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42(6):546-50.
6. Patsch C. Über kiefercysten. *Deutsche Monatsschrift Fur Zahnheilkunde* 10, 271, Quoted from Pogrel MA, 2005. "Treatment of keratocysts: The case for decompression and marsupialization". *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(11):1667-73.
7. Anavi Y, Gal G, Miron H, Calderon S, Allon DM. Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(2):164-9.
8. Thoma KH. *Treatment of cysts of oral region*. *Oral Surgery* II. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Co; 1969; p.1002-15.
9. Kadam NS, Ataide Ide N, Raghava P, Fernandes M, Hede R. Management of large radicular cyst by conservative surgical approach: a case report. *J Clin Diagn Res* 2014;8(2):239-41.
10. Bouquot JE. Odontogenic cysts and tumors. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, eds. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p.683-7.
11. Mejia JL, Donado JE, Basrani B. Active non-surgical decompression of large periapical lesions--3 case reports. *J Can Dent Assoc* 2004;70(10):6914.
12. Martin SA. Conventional endodontic therapy of upper central incisor combined with cyst decompression: a case report. *J Endod* 2007; 33(6):7537.