

Maksiller Sinüste Odontojenik Kist: Beş Vaka Raporu

ODONTOGENIC CYST INVOLVING MAXILLARY SINUS: REPORT OF FIVE CASES

Doğan DOLANMAZ*, Nihat TUNCER**

* 1)1..Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. AD.

** Doe.Dr.,Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş Çene Hast. ve Cer. AD Beşevler, ANKARA

Özet

Amaç: Asemptomatik olarak gelişerek büyük boyutlara ulaşabilen odontojenik kistler önemli miktarda kemik rezorbsiyonlarını yal açabilir ve maksiller sinüs gibi komşu anatomik bölgelere yayılım gösterebilirler. Su makalede geç olarak teşhis edilmiş re benzer konijdlkasyonlara yol açmış beş odontojenik kist yakası sunulmaktadır.

Vaka Kaparları: Klinik ve radyolojik muayene ile birine dentigeröz ve diğer dördüne de enjlamalıuar kist ön tanısı konan beş hasta kliniğimize başvurdu. Tüm hastalara ime iğne aspirasvau biyopsisi uygulandı. Biyopsi sonuçları odontojenik kist de uyumluydu. Nispeten daha az maksiller sinüs yayılanı olan bir hastada sadece enikleasyon yapılırken diğer dört vakada enikleasyonu. Caldwell-Luc operasyonu ile birlikte uygulandı. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon veya nüks görülmedi.

Sonuç: Asemptomatik olarak gelişen ve maksiller sinüs gibi komşu anatomik bölgelere yayılımı gösterebilen odontojenik kişilerin, erken teşhisinin ve tedavisinin önemi, bu leş vaka ile vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik kist, Maksiller sinüs

T Klin Diş Kek Bil 1998. 4:130-134

Maksiller sinüste görülen kistler intrinsek ve ekstrinsek olarak sınıflandırılabilirler (1). Intrinsek kistlerin en sık rastlanılanları mukoseller ve müköz retansiyon kistleridir (2). Ekstrinsek kistler ise odontojenik orijinli kistlerdir. Literatür inec-

Geliş Tarihi: 15.06.1998

Yazışma Adresi: Di.Doğan DOLANMAZ
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. AD
Beşevler, ANKARA

Summary

Purpose: Odontogenic cysts that may develop asymptotically and demonstrate expansions, may cause significant bone resorptions and may manifest invasions to adjacent anatomical regions like maxillary sinus. In this article five odontogenic cyst cases are presented that has diagnosed in the late period and caused same complications.

Case Reports: Five patients applied to our clinic and clinical and radiographic examinations were thought to reveal dentigerous cyst for one case and Inflammatory cyst for the other four cases. Fine needle aspiration biopsy were performed for all five cases. Biopsy results revealed odontogenic cyst. Only enucleation was performed in a case that thought to have relatively less maxillary sinus invasion and Caldwell-Luc operation and enucleation was performed in the other four cases. We have not seen any complications or recurrences in the post operative period.

Conclusion: The importance of early diagnoses and management of the odontogenic cysts that may develop asymptotically and may manifest invasions to adjacent anatomical regions like maxillary sinus was shown with these five cases.

Key Words: Odontogenic cysts, Maxillary sinus

T Klin J Dental Sci 1998,4:130-134

İçildiğinde maksiller sinüsü dolduran çok sayıda dentigeröz kist (3), odontojenik keratokist (4), Gorlin'in kalsifiye ve keratinize odontojenik kisti (5,6) ve radiküler kist (7) vakalarının olduğu görülmektedir. Odontojenik kistler genellikle rutin radyografilerde asemptomatik radyolüsent alanlar olarak tespit edilmelerine rağmen şişlik, ağrı ve pürülan drenaj gibi belirtiler verebilirler (X).

Bu makalede maksillada asemptomatik olarak gelişen, çok ciddi kemik kayıplarına sebep olmuş ve maksiller sinüsü atak etmiş beş odontojenik kist vakası sunulmaktadır.

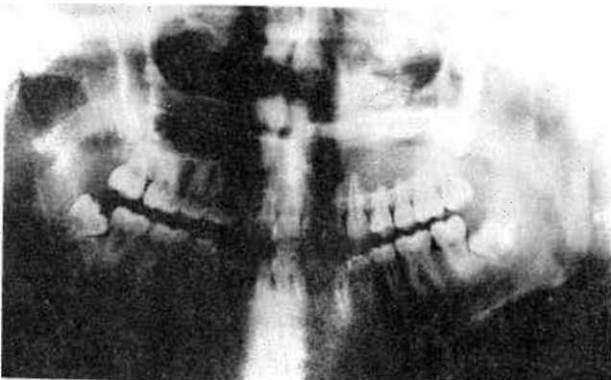
Vaka Raporları

Vaka 1: 17 yaşında bayan hasta sol maksiller bölgede ağrısız şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan klinik muayenede sol üst santral dişten birinci molar dişe kadar uzanan, trnüks vestibulumun sığılaşmasına neden olmuş, palpasyonda ağrısız ve sert submüköz bir şişlik olduğu görüldü. Radyolojik değerlendirmede ilgili tarafta maksiller sinüse ve nasal kaviteye yayılım göstermiş sünriimerer bir dişle birlikte izlenen ve dentigeröz kist olduğu düşünülen lezyon görüldü (Şekil 1). Lezyona komşu dişlerin vitalomelik değerleri, diğer dişlerden daha düşüktü. İnce iğne aspirasyon sitolojisi odontojenik kist ile uyumluydu.

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Kistik lezyon enüklec edilerek Caldwell-Luc operasyonu yapıldı. Kiste komşu dişlere müdahale edilmedi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Histopatolojik tanı dentigeröz kist olarak geldi.

Postoperatif dönemde yapılan bir yıllık takipte herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmadı. Komşu dişlerin vitalomelik değerlerinin normale döndüğü görüldü.

Vaka 2: 57 yaşında bayan hasta sol maksiller bölgede fasiyal asimetriye sebebiyet veren, ağrılı şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Alman anamnezinde mevcut şikayetin dört yıl önce başladığı, belli aralıklarla şişliğin arttığı ve ağrılı bir hal aldığı öğrenildi. Yapılan klinik muayenede



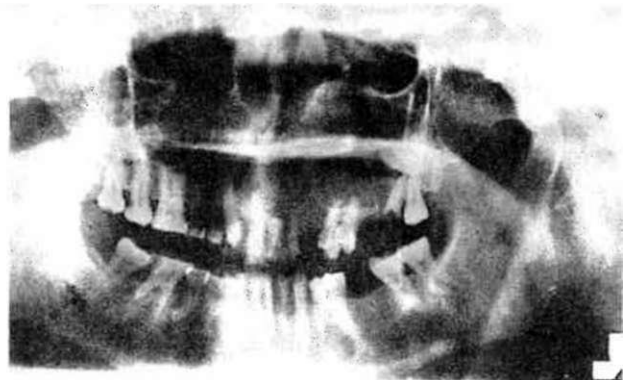
Şekil 1. Birinci vakaya ait preoperatif panoramik radyografik görünüm.

maksiller sol 1-2-4-5 ve 7 no'lu dişlere ait kök artığıyla ilişkili, vestibüler sulkusu sığılaştırıcı ve palpasyonda ağrısız ve belli bölgelerde fluktuan submüköz kitle görüldü. Radyolojik değerlendirmede aynı dişlerle ilişkili ve 2. molar dişe ait kök artığından kaynaklı, radiküler kist olduğu düşünülen radyolüsent lezyon izlendi (Şekil 2). İnce iğne aspirasyon sitolojisi odontojenik-kist ile uyumluydu.

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Kistik lezyon Caldwell-Luc operasyonu yapılarak ilgili dişlerle birlikte enüklec edildi. Histopatolojik tanı radiküler kist olarak geldi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. İki yıllık takipte nüks izlenmedi.

Vaka 3: 32 yaşında bayan hasta sol maksiller posterior bölgesinde ağrısız şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Alman anamnezinde hastanın bir yıl önce sol üst 1.molar dişini çektiği ve bunu takiben bölgede ağrısız bir şişlik olduğu öğrenildi. Yapılan klinik ve radyolojik muayenede lezyonun rezidüel bir kist olduğu düşünüldü (Şekil 3). İnce iğne aspirasyon sitolojisi odontojenik kist ile uyumluydu.

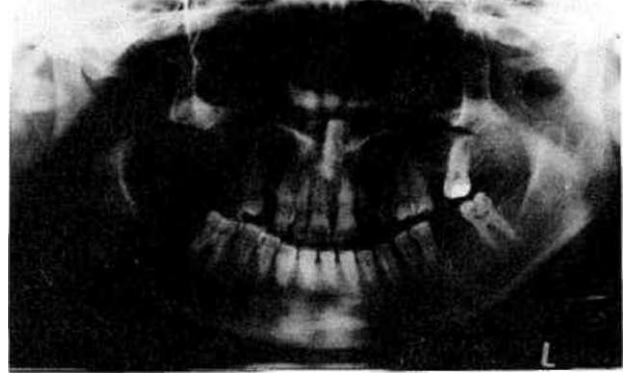
Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Kist enükleasyonu ile birlikte Caldwell-Luc operasyonu yapıldı. Kistle ilişkili 1. molar ve 2. premolar dişler operasyon sırasında çekildi. Histopatolojik tanı rezidüel kist olarak geldi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Bir yıllık takip döneminde nüks görülmedi.



Şekil 2. İkinci vakaya ait preoperatif panoramik radyografik görünüm.



Şekil 3. Üçüncü vakaya ait preoperatif panoramik radyografik görünüm.



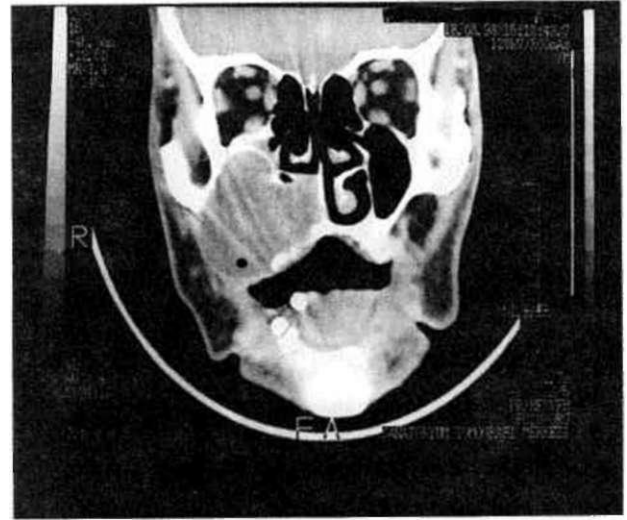
Şekil 4. Dördüncü vakaya ait preoperatif panoramik radyografik görünüm.

Vaka 4: 32 yaşında bayan hasta sağ maksüler posterior bölgede ağrı, şişlik, apse drenajı ve kulak ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Alman anamnezde iki sene önce sol üst molar dişlerini çektirdiği ve kök artıkları kaldığı öğrenildi. Klinik ve radyolojik değerlendirmede lezyonun kök artıklarından kaynaklı radiküler bir kist olduğu düşünüldü (Şekil 4). İnce iğne aspirasyon sitolojisi düşüncemizi doğrular nitelikteydi.

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Kistik lezyon total olarak enükle edildi. Lezyonun sinüsü çok az atake etmiş olmasına rağmen sinüs mukozası sağlam olduğundan Caldwell-Luc operasyonuna gerek görülmedi. Histopatolojik tanı radiküler kist olarak geldi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Üç yıllık takipte nüks veya başka bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Vaka 5: 50 yaşında erkek hasta sağ maksüler bölgede çok ciddi fasiyal asimetriye sebep olan, ağrısız bir şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde şişliğin iki yıl önce başladığı ve ağrısız olarak artarak devam ettiği öğrenildi. Klinik ve radyolojik incelemede maksüler sinüsü tamamen doldurmuş, kanin dişten kaynaklanan ve radiküler kist olduğu düşünülen lezyon izlendi (Şekil 5). İnce iğne aspirasyon sitolojisi odontojenik kist ile uyumluydu.

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Tüm maksüler sinüsü doldurmuş olan lezyon enükle edilerek Caldwell-Luc operasyonu yapıldı.



Şekil 5. Beşinci vakaya ait preoperatif kompüterize tomografi görüntüsü.

Histopatolojik tanı radiküler kist olarak geldi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Bir yıllık takipte nüks bulgusuna rastlanmadı.

Tartışma

Maksüler sinüs, kist veya tümörlerin büyümesine çok az direnç gösteren bir yapıya sahiptir. Maksüler sinüsün kistleri, klinik olarak belirgin hale gelmeden çok büyük boyutlara ulaşabilirler (9). Sunduğumuz beş vaka da, maksillada asemptomatik olarak gelişmeleri ve çok ciddi kemik kayı-

planna sebep olarak, maksiller sinüsü atake etmiş odontojenik kistler olmaları özellikleri ile benzerlik göstermektedirler.

İnflamatuvar odontojenik kistler oral bölgede en çok rastlanılan kistlerdir . Sıklıkla 20 ve 60 yaşlar arasında görülürler. Erkeklerde kadınlara göre 3:2 oranında daha fazla karşılaşılır. Maksillada görülme oranı daha yüksektir. Üst kanin, premolar, molar ve nadiren de lateral dişlerden kaynaklı inflamatuvar kistler aşın derece büyüerek maksiller sinüsü doldurabilirler (10). Sunduğumuz dört inflamatuvar odontojenik kist vakası bu bilgilerle uyum göstermektedir.

Dentigeröz kistler apikal kistlerden sonra en sık rastlanılan odontojenik lezyonlardır. Genellikle sürmemiş bir dişle ilişkilidirler. Vakaların büyük bir kısmı hayatın 2. ve 3. dekatlarında görülür. Mandibulada maksilladan daha sık görülürler (10). Sıklıkla maksiller 3. molar dişlerden kaynaklanan dentigeröz kistlerin maksiller sinüsü atake ettiği bildirilmesine rağmen, sünnümerer dişlerden köken alan dentigeröz kistlerin maksiller sinüse yayıldığını bildiren vakalar da vardır (11).

Maksilladaki kistlerin teşhisinde Water's ve panoramik grafler genellikle yeterlidir. Daha detaylı bir görüntüleme için kompüterize tomografilerden de yararlanılabilir (9). Kistler kemik içerisinde iken radyolüsent olarak görülmelerine rağmen maksiller sinüsün içerisine yayıldıkları zaman kist sıvısının sinüs havasından daha yoğun olması nedeniyle radyopak görüntü verebilirler (10).

Odontojenik kistlerin ayırıcı tanısı benign reansiyon kistleri, malign tümörler, santral dev hücreli reperatif granülomalar, fibröz displazi, ameloblastoma ve miksoma arasında yapılabilir (12). Bu lezyonlar odontojenik kistlerden klinik ve radyolojik görünüşleri, lokalizasyonları yardımıyla ayırtılabilirlerse de kesin tanı ancak histopatolojik tetkik sonucu konulabilir (13,14).

Maksiller sinüse yaydım göstermiş odontojenik kistlerin enükleasyonu için en iyi yaklaşım Caldwell-Luc operasyonudur. Bu yaklaşımla oro-antral fistül oluşturma riski daha azdır (9). Marsüpyalizasyon, nüksün potansiyel bir risk olmasına rağmen, maksiller sinüse yayılmış dentigeröz kistlerde eğer kistle ilişkili gömülü dişin

sürme potansiyeli mevcut ise, tedavi seçeneği olarak önerilmiştir (15). Odontojenik keratokist, miksoma veya ameloblastoma gibi lokal olarak agresiv veya aşırı büyük maksiller sinüs lezyonlarının mevcut olduğu durumlarda iyi bir ulaşım için Le Fort 1 osteotomisi yapılarak maksillanın aşağı indirilmesi de sağlanılabilir (16).

Sunduğumuz beş vakadan dördü, Caldwell-Luc operasyonu ile tedavi edilmiştir. Bir vakada kistin küçük olması, maksiller sinüsü çok az atake etmiş ve sinüs mukozasının sağlam olması nedeniyle Caldwell-Luc operasyonuna gerek görülmeden sadece enükleasyon yapılmıştır. Tedavi planlaması yapılmadan önce tüm hastalara radyolojik tanıyı desteklemek için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmıştır. Hiçbir vakada tedavi sonrasında nüks veya komplikasyonla karşılaşmamıştır.

Tedavisi yapılan beş vakada da iyileşmenin sorunsuz olmasına rağmen hastaların kliniğimizde çok geç dönemde başvurmaları nedeniyle oluşan kemik harabiyetmin fazlalığı postoperatif dönemde protetik rehabilitasyonu oldukça güçleştirmiştir.

Odontojenik kistlerin asemptomatik gelişimi sırasında sebep oldukları kemik kayıplarının yanı sıra kist epitelinin ameloblastik proliferasyon gösterebilmesi (17) ve yine malign değişim gösterebilmesi (18) nedeniyle erken teşhis ve tedavi ayrıca önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Zizmor J, Noyek AM: Radiologic diagnosis of maxillary disease. Otolaryngol Clin North Am 9:97. 1976
2. Dale AM, Birgit JO, Robert PL: Cyst of the maxillary antrum. Oral Surg 57: 225, 1984
3. Keskin A, Üçok C: Maksiller sinüste dentigeröz kist. A Ü Diş Hek Fak Derg 20: 309, 1993
4. Nortje CL, Farman AG, Jonbert JJ de V: Pathologic conditions involving the maxillary sinus. Their appearance on panoramic dental radiographs. Br J Oral Surg 17: 27. 1979
5. Sudderth MIL Calcifying odontogenic cyst (Ciorlin* s cyst) of the maxillary sinus. Laryngoscope 86: 1845. 1976
6. Gilmore BB, McClatchey KD, Weimer TA: Calcifying odontogenic cyst of the maxilla arch. Otolaryngol 105: 282, 1979
7. Rogers JF1, Fredrickson JM, Noyek AM: Management of cysts, benign tumors and bony dysplasia of the maxillary sinus. Otolaryngol Clin North Am 9: 233. 1976
8. Chuong R: Dentigerous cyst involving maxillary sinus: report of case. JADA 109: 59, 1984

9. Peterson L.: Principles of oral and maxillofacial surgery. Philadelphia Jli Lippincott Company. 1902, 257
10. Me Cowan DA. Baxter PYV. James J: The Maxillary Sinus and its Dental Implications. Butterworth-Heinemann. 1093, 125
11. Musi DS. Roy IT: A large dentigerous cyst associated with a supernumerary tooth. Journal of oral and maxillofacial surgery 40: 110, 1982
12. Moore JR: Surgery of the mouth and jaws. London. Blackwell scientific publication. 43: 415. 1085
13. Rupiecht A. Balniji S. Id- Newcihi !: Mucous retention cysts of the maxillary sinus. Oral surg oral med oral pathol 62: 728. 1986
14. Via VF: Dentigerous cyst involving the maxillary sinus. Oral surg 24: 620, 19,,7
15. Fakugi S. Koynma S: Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6- year- old child. J Oral Maxillofac Surg 56: 237. 1998
16. Keller H: Resection of a myxoma of the maxilla via Le Fort I Osteotomy. J Oral Maxillofac Surg 46: 609. 1988
17. Archer WII: Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia: WB Saunders Co. 1975. 518
18. Golden AL. L'oolle J. Lally C. Beideman R. Taloian J: Dentigerous cyst of the maxillary sinus causing elevation of the orbital floor. Oral surg 52: 133. 1981