

Çene kistleri: Konya bölgesinde 274 olguda klinikopatolojik ve retrospektif bir çalışma*

Senem Baştoklu¹, Murat Çelik¹, Pınar Karabağlı¹, Gülsün Yıldırım²¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya²Selçuk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

Özet

Amaç: Kistler etrafı bağ doku ile çevrili, iç yüzü epitelle döşeli, sıvı ya da yarı sıvı kıvamda materyal içeren patolojik yapılardır. Çenede epitel artıklarının fazla bulunması nedeniyle kistler sık görülür. Amacımız Konya ili ve çevresinde 2009-2014 yılları arasında tedavi edilen çene kistlerinin klinikopatolojik özelliklerini literatür bilgileri ile birlikte değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2009-2014 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na kist ön tanısı ile başvuran 274 olgunun histopatolojik özellikleri, klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Olguların %54,7'ü radiküler kist, %17,8'i dentigeröz kist ve %12,4'ü odontojenik keratokisttir. Diğer olgular : %12,4'ü kist epiteli içermeyenler, %0,7'si erüpsiyon kisti, %0,7'si lateral periodontal kist, %0,7'si nazopalatinal duktus kisti (İnsiziv kanal kisti) ve %0,3'ü paradental kisttir. Tüm kistlerin %58,1'i mandibula, %41,9'u maksilla yerleşimlidir. Serimizde erkek / kadın oranı 1,4 bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada elde edilen veriler genel olarak literatür ile uyumluluk göstermektedir. Çenenin kistik lezyonlarının klinik ve rekürrens oranı farklı özellikler sergileyebilir. Benzer histopatolojik özellikler göz önüne alındığında epitel içermeyen lezyonlarda kesin tanının radyolojik ve klinik bulgular ile birlikte verilmesi önem kazanmaktadır. Odontojenik keratokist'te nüks sıklıkla görülebilir. Ülserasyon, erozyon, inflamasyon ve Rughon cisimcikleri ayırıcı tanıda güvenilir bulgular değildir.

Anahtar Sözcükler: Çene kistleri, odontojenik kist, non-odontojenik kist, radiküler kist, dentigeröz kist, odontojenik keratokist

Abstract

Objectives: Cysts are pathological structures which surrounded by connective tissue around the inner side lined with epithelium and filled with liquid or semi-liquid material. Because of epithelial remnants are much, epithelial cysts are common in the jaw. The aim of our study is to examine the clinicopathological features of the jaw cysts treated between 2009-2014 year around Konya city and comparison with literature data.

Material and methods: In our study, data of 274 patients who were cyst diagnosed in Selcuk University Faculty of Medicine Department of Pathology between the years 2009 and 2014 were histopathologically evaluated retrospectively with clinical and radiological findings.

Results: 54,7 % of patients are radicular cysts, 17,8 % are dentigerous cysts and 12,4 % are odontogenic keratocysts. The other %12,4 are the cysts which didn't have cyst epithelium, %0,7 are eruption cysts, %0,7 are lateral periodontal cysts, %0,7 are nasopalatine duct cysts and %0,3 is paradental cyst. 58.1 % of all cysts are in the mandibula, 41.9 % are in the maxilla. Male / female ratio was found 1.4.

Conclusion: The data obtained in this study are consistent with the literature in general. Clinical and recurrence rate of cystic lesions of the jaws may exhibit different characteristics. Nonepithelial lesions similar histopathological features are important considering be accompanied by a final diagnosis of clinical and radiological findings. Recurrence with odontogenic keratocysts often seen. Ulceration, erosion, inflammation and Rughon bodies are not reliable evidence for differential diagnosis.

Keywords: Jaw cysts, odontogenic cysts, radicular cyst, dentigerous cyst, odontogenic keratocysts

Genel Tıp Derg 2016;26(1):8-13

Alınan: 11.09.2015 / 06.12.2015 / Yayınlanma 29.04.2016

Yazışma adresi: Dr. Senem Baştoklu, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Alaeddin Keykubad Kampüsü 42075 Selçuklu, Konya

E-posta: senemmutlu1@hotmail.com

Giriş

Kistler etrafı bağ doku ile çevrili ve iç yüzü epitelle döşeli, sıvı ya da yarı sıvı kıvamda materyal ile dolu olan patolojik yapılardır. Çene, epitel artıklarının fazla bulunması sebebiyle kistlerin sıklıkla lokalize olduğu bir bölgedir (1,2). Kaynaklandıkları epitele göre odontojenik veya non-odontojenik (Fissüral) olarak incelenirler. Odontojenik kistler dental yapıların gelişimi ile ilişkili epitel dokudan kaynaklanırken; nonodontojenik kistler embriyolojik fissür hattı boyunca yumuşak ve kemik dokuya epitelin inklüzyonu sonucu oluşur. Odontojenik kistler kemikte

lokalizedir ve nadiren ilişkili yumuşak dokuda görülebilir. Gelişimsel ve inflamatuvar olarak ikiye ayrılır. Gelişimsel olanlar içinde dentigeröz kist, odontojenik keratokist gibi diş gelişimi sırasında oluşan kistler, inflamatuvar grupta ise radiküler kist yer alır. Non-odontojenik kistler de gelişimsel ve gelişimsel olmayan iki grupta incelenir. Gelişimsel grupta nazopalatinal duktus kisti yer alırken, gelişimsel olmayan grupta anevrizmal kemik kisti, travmatik kemik kisti, Stafne'nin kemik kavitesi gibi lezyonlar bulunur (1-3). Odontojenik kistler içinde en sık radiküler kist, non-odontojenik kistler içinde ise en sık nazopalatinal duktus kisti görülmektedir (4).

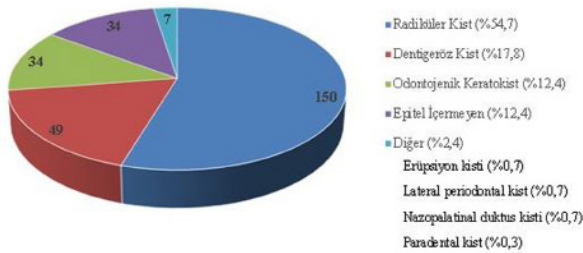
Çene kistlerinin çoğu benzer klinik davranışlar sergiler. Genellikle yavaş olarak büyürler ve çene bölgesindeki şişliklerin en sık nedenlerindedir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile verilir (5). Çalışmamızda Konya bölgesindeki olguların patolojik, klinik ve radyolojik özellikleri literatür eşliğinde incelenerek ayırıcı tanıları ile birlikte tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem

2009-2014 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran ve kist ön tanısı ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji bölümünde incelenen 274 olgu retrospektif olarak yeniden değerlendirilmiştir. Olgulara ait klinik ve radyolojik bulgulara hasta dosyalarından ulaşılmıştır.

Bulgular

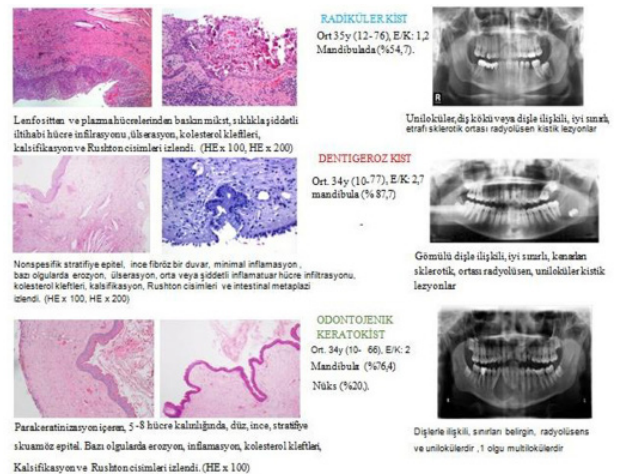
Laboratuvarımıza kist ön tanısıyla gelen olguların %54,7'si radiküler kist (150/274), %17,8'i dentigeröz kist (49/274) ve %12,4'ü odontojenik keratokist (34/274) tir. Diğer olgular : %12,4'ü kist epiteli içermeyen (34/274), %0,7'si erüpsiyon kisti (2/274), %0,7'si lateral periodontal kist (2/274), %0,7'si nazopalatinal duktus kisti (İnsiziv kanal kisti) (2/274), %0,3'ü paradental kist (1/274) olarak tanı almıştır (Şekil 1). Çalışmamızda bu sonuçlarla uyumlu olarak kist ön tanısıyla gelen olguların % 84,8 i odontojenik kist, %0,7 si nonodontojenik kisttir. Olgularımızın %54,7'i Radiküler kist, %17,8'i Dentigeröz kist ve %12,4'i Odontojenik keratokisttir.



Şekil 1: 274 olgunun histopatolojik tanılarına göre dağılımı

Tüm kistlerin %58,1'si mandibulada (159/274), %41,9'i maksilladadır (115/274). 274 hastanın 162'si erkek (%59,1) ve 112'si kadındır (%41,9) (erkek / kadın oranı 1,4). Radiküler kist olgularının % 52'si mandibulada, %48'i maksillada yerleşmiştir. Kistlerin yerleşim, cinsiyet ve yaşa göre dağılımı tablo 1' de verilmiştir.

Radiküler kist olguları radyolojik olarak uniloküler, diş kökü veya dişle ilişkili, iyi sınırlı, etrafı sklerotik, ortası radyolüsen kistik lezyonlardı. Makroskopik olarak enükleasyon yöntemi uygulanarak bütünlüğü bozulmadan çıkarılan büyük kist örneklerinin incelemesinde, fibröz kalın bir çeper izlendi. Çeperin açılmasıyla hafif bulanık sarımsı renkli bir sıvı boşaldı. Kistlerin iç yüzü genellikle parlak bir epitelle döşeliydi. Bazı kistlerde, epitel yüzeyi üzerinde oluşmuş tümsekler ve mural kitleler görüldü. Küçük kistler, çekilen dişin köküne yapışık olarak gelmişti. Mikroskopik incelemede lenfosit ve plazma hücrelerinden baskın, mikst, sıklıkla şiddetli iltihabi hücre infiltrasyonu görülen, stratifiye skuamöz epitelle çevrili fibröz kist cidarı izlendi. Bazı olgularda (% 3,3) skuamöz epitel ile fibröz çeper sınırında "Rushton cisimleri" adı verilen genellikle parlak eozinofil çubuklar ya da deforme çemberler biçiminde apoptotik hücrelerden oluşan hyalen cisimler dikkati çekti. Rushton cisimlerine diğer odontojenik kistlerde de (dentigeröz kistlerde %2 , odontojenik keratokistlerde %5,8) rastlandı. %71,3 olguda erozyon, %10,6 olguda ise ülserasyon görüldü. Kalın fibröz çeperin iç yüzünü döşeyen epitelin ortadan kalktığı alanlarda lümeneye doğru gelişen tümsekler seçildi. Bu tümseklerde köpüksü makrofajlar, kolesterol kleftleri (%22,6), lenfositler ve plazma hücreleri izlendi. Kolesterol kleftleri çevresinde yer yer yabancı cisim dev hücrelerine rastlandı. %38,6 olguda kalsifikasyon görüldü (Şekil 2, Tablo 2).



Şekil 2: Sık görülen odontojenik kist olgularının histopatolojik ve radyolojik özellikleri

Tablo 1: Kistlerin yerleşim, cinsiyet ve yaşa göre dağılımı. n: olgu sayısı.

	TOPLAM		Maksilla/Mandibula		Erkek/Kadın		Yaş aralığı / ortalama yaş
	n	%	n	%	n	%	
Radiküler kist	150	%54,7	72/78	% 48/52	83/67	%55.3/44.6	12-76 / 35
Dentigeröz kist	49	%17,8	6/43	%12.2/87.7	36/13	%73.4/33.3	10-77 /34.6
Odontojenik keratokist	34	%12,4	8/26	%23.5/76.4	23/11	%67.6/32.3	10-66 /34
Aktif kronik inflamasyon	34	%12,4	23/11	%67.6/32.3	16/18	%47/53	8-64/ 34
Erüpsiyon kisti	2	%0,7	2/0	%100/0	0/2	%0/100	8-20/ 14
Lateral periodontal kist	2	%0,7	2/0	%100/0	1/1	%50/50	17-54/ 35.5
Nazopalatinal kanal kisti	2	%0,7	2/0	%100/0	2/0	%100/0	28-81 / 54,5
Paradental kist	1	%0,3	0/1	%0/100	1/0	%100/0	38/38
TOPLAM	274	%100	115/159	%41,9/58,1	162/112	%59,1/40,9	8-81/36

Dentigeröz kist olguları radyolojik olarak gömülü dişle ilişkili, iyi sınırlı, kenarları sklerotik, ortası radyolüsen, uniloküler kistik lezyonlardı. Cerrahi girişimle çıkarılan gömülü dişin kuru çevresindeki kistin ince bir çeperi vardı. Mikroskopik incelemelerde, ince fibröz bağ dokusundan oluşan kistin iç yüzünü birkaç hücre kalınlığında skuamöz epitel anımsatan iç mine epitelinden kökenli düzenli bir epitel örtüsü izlendi. 3 olguda (3/49) intestinal metaplaziye, %2 olguda Rushton cisimlerine ve %71,4 olguda kalsifikasyonlara rastlandı. Olgularımızın hepsinde değişik düzeylerde inflamasyon görülmekle birlikte en sık orta derecede mikst yangısal hücre infiltrasyonu görülmüştür (Şekil 2, Tablo 2).

Odontojenik keratokist olguları radyolojik olarak dişlerle ilişkili, sınırları belirgin, radyolüsen ve unilokülerdi. Bir olgu (1/34) ise multilokülerdi. Mikroskopik incelemede kistlerin ince bir fibröz çeperi ve bunu döşeyen birkaç sıra hücreden oluşan dalgalı görünümde keratinize skuamöz epitel izlendi. Kist epitelinde keratinleşme ortokeratoz ya da parakeratoz niteliğinde, birkaç olguda ise her ikisi bir arada izlendi. Epitelde membran boyunca polarize olmuş, koyu nükleuslu, kolumnar/kuboidal hücrelerden oluşan palizat yapmış bazal hücreler görüldü. Olgularımızın %5,8 inde Rushton cisimleri, %11,7 sinde kolesterol kleftleri, %52,9 unda ise kalsifikasyon görüldü. Kist duvarında sıklıkla orta derecede mikst iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi (Şekil 2, Tablo 2).

Tablo 2: En sık görülen odontojenik kistlerin histopatolojik özellikleri

	Erozyon	Ülser	İnflamasyon				Baskın hücre		Aktivasyon				Ranion cisimler	Kolesterol kleftleri	Kalsifikasyon	Toplam
			0	+	++	+++	Lenfosit	Plazma hücresi	0	+	++	+++				
Radiküler kist	107 %71,3	16 %10,6	0 %0	21 %14	44 %29,3	85 %56,6	100 %66,6	50 %33,3	20 %13,3	27 %18	76 %50,6	17 %11,3	5 %3,3	34 %22,6	58 %38,6	150 %100
Dentigeröz kist	48 %97,9	15 %30,6	0 %0	13 %26,5	29 %59,1	7 %14,2	41 %83,6	2 %4	16 %32,6	17 %34,6	14 %28,5	2 %4	1 %2	11 %22,4	35 %71,4	49 %100
Odontojenik keratokist	12 %35,2	1 %2,9	1 %2,9	8 %23,5	10 %29,4	15 %44,1	29 %85,2	5 %14,7	21 %61,7	1 %2,9	10 %29,4	2 %5,8	2 %5,8	4 %1,7	18 %52,9	34 %100
TOPLAM	167 %71,6	32 %13,7	1 %0,4	42 %18	83 %35,6	107 %45,9	170 %72,9	57 %24,4	57 %24,4	45 %19,3	100 %42,9	21 %9	8 %3,4	49 %21	111 %47,6	233 %100

Nazopalatinal duktus kisti olgularının radyolojik incelemelerinde, üst çene orta kesicilerin hemen arkasında, sklerotik sınırlı, oval biçiminde litik lezyon saptandı. Mikroskopik incelemede, fibröz kist çeperin iç yüzünü skuamöz ve kübik epitel hücreleri döşemektedir.

Çalışmamızda epitel bulunmayan toplam 34 olgu saptanmıştır. Bu olgulardan radyolojik olarak radiküler kist ön tanılı olanların genellikle iyi sınırlı, diş apeksi ile ilişkili,

radyolüsen ve kistik lezyonlar olduğu, dentigeröz kist ön tanılı olanların düzgün sınırlı ve gömülü diş ile ilişkili olduğu, odontojenik keratokist ön tanılı olgunun dişle ilişkili ve radyolüsen olduğu görüldü. Bu olguların en sık radiküler kist ön tanısıyla geldiği saptandı (31/34) ve çoğunda mikst şiddetli bir iltihabi hücre infiltrasyonu ve ülserasyon görüldü (Tablo 3).

Tablo 3: Epiteli bulunmayan olguların histopatolojik özellikleri

KLİNİKO RADYOLOJİK TANI:	Ülser	İnflamasyon				Baskın hücre		Aktivasyon				Rushton cisimleri	Kolesterol kleftleri	Kalsifikasyon	Toplam
		0	+	++	+++	Lenfosit	Plazma hücresi	0	+	++	+++				
Radiküler kist	17	0	1	6	24	22	12	6	10	12	3	0	3	13	31
Dentigeröz kist	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	2
Odontojenik keratokist	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
TOPLAM	18	0	1	6	27	24	13	6	11	13	4	0	3	15	34

Tartışma

Çenelerde görülen kistik lezyonlar benzer klinik ve radyolojik özellikler gösterir ve mikroskopik inceleme tanının önemli bir kısmını oluşturur. Doğru tanı verilip uygun tedavi edilmediği takdirde agresif davranış gösteren kistlerde (örneğin odontojenik keratokist) lokal nüksler görülebilir (1-3). Literatürde en fazla radiküler kistlere ve sonrasında dentigeröz kistlere rastlanmakla birlikte lateral periodontal kist ve nazopalatin kanal kisti gibi diğer kistlerin görülme sıklığı farklı oranlarda bildirilmektedir. Açık göz ve ark. çalışmaları, Türk toplumunda odontojenik kist oranını % 98,5, non-odontojenik kist oranını %1,5 bulmuştur. En sık saptadıkları odontojenik kist radiküler kisttir (%54,7). Sonra sırasıyla dentigeröz kist (% 26,6), rezidüel kist (%13,7), odontojenik keratokist (%3,3) ve lateral periodontal kisttir (% 0,2). Nazopalatin kanal kisti raporlanan tek non-odontojenik kisttir (%1,5). Ayrıca çalışmaları odontojenik ve non-odontojenik kistlerin prevalansının erkeklerde %3,51 oranında daha fazla olduğunu ve kistlerin üçüncü dekatta pik yaptığını (%24,2) saptamışlardır (6). Baykul ve ark. ise Türk toplumunda odontojenik kistler içinde radiküler kist oranını % 55 olarak bildirmiştir (7). Köseoğlu ve ark odontojenik kist vakalarının %59 unu radiküler kist, %27 sini keratokist, %14 ünü dentigeröz kist olarak saptamıştır (8). Tortorici ve ark. 1310 vakalık çene kisti serisinde radiküler kist oranını % 84,5 olarak bulmuştur (9). Sadece odontojenik kistlerin değerlendirildiği çalışmalarda radiküler kist oranı % 41,2-%53,5 arasında değişmektedir (9-11). Çalışmamızda bu sonuçlarla uyumlu olarak olguların % 84,8 i odontojenik kist, %0,7 si non-odontojenik kisttir. En sık radiküler kist, sırasıyla dentigeröz kist ve odontojenik keratokist saptanmıştır. Diğer olgular sırayla kist epitelini içermeyen olgular, erüpsiyon kisti, lateral periodontal kist, nazopalatin kanal kisti ve paradental kisttir.

Çetiner ve ark. yapmış olduğu kadın erkek insidansı ile ilgili olarak çenelerde kistlerin erkeklerde %57,5, kadınlarda ise %42,5 oranında görüldüğü bildirilmiştir (9). Çe-

alışmamızda da olguların 59,1 i erkek, %41,9 i kadındır. Literatürdeki bilgilere göre odontojenik kistler genellikle maksillada daha fazla lokalize olmaktadır (1.5:1) (12,13). Bununla birlikte ülkemizde Açık göz ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada maksilla ve mandibula yerleşimi arasında anlamlı bir fark bulunmamışlardır. Bizim çalışmamızda ise farklı olarak mandibulada daha fazla olduğu dikkati çekmektedir (1.6:1).

Radiküler kistlere 10 yaşından önce nadir olarak rastlanır. En sık 20-60 yaş aralığında görülür. Tortorici ve ark. yaptıkları çalışmada radiküler kistleri en fazla 11-70 yaş aralığında, ortalama yaş olarak 35,6, erkeklerde (erkek/kadın: 1.15) ve maksillada fazla bulmuştur (14). Yapılan bu çalışmada ortalama yaşın 35, yaş aralığının 12-76 yaş ve cinsiyet oranının (erkek/kadın:1,2) saptanması Tortorici ve ark. yaptıkları çalışma ile benzerlik göstermektedir ancak farklı olarak radiküler kistler az bir farkla mandibulada daha fazla saptandı (% 52).

Radiküler kistler, dişlerin apikalindeki inflamatuvar olayların, periapikal granülomların bölgedeki Malassez epitelium artıklarını stimüle etmesiyle oluşmuştur (5). Buna tedavi edilmemiş çürükler ve bölgeye gelen travmanın neden olduğu düşünülmektedir (12). Radiküler kistler başlangıçta sessizdir; rutin grafilerde raslantı sonucu saptanırlar. Büyüyen kistlerde ekspansiyona bağlı şişlik ve ağrı izlenebilir. Büyük üst çene kistlerinde belirgin flüktüasyon ve krepatasyon bulguları yanısıra kemik korteksi ileri derecede incilir, kist çeperi yırtılarak içeriği yumuşak dokulara sızabilir (5). Radyolojik olarak uniloküler, diş kökü veya dişle ilişkili, iyi sınırlı, etrafı sklerotik, ortası radyolüsen kistik lezyonlardır. Mikroskopik incelemede lenfosit ve plazma hücrelerinden baskın, mikst, sıklıkla şiddetli iltihabi hücre infiltrasyonu görülen, stratifiye skuamöz epitelle çevrili fibröz kist cidarı izlenir. Bazı olgularda skuamöz epitel ile fibröz çeper sınırında "Rushton cisimleri" adı verilen hyalen cisimler görülür. Rushton cisimleri diğer odontojenik kistlerde de görülebilir ve klinik bir önemi yoktur (1). Çalışmamızda Rushton cisim-

leri odontojenik keratokistlerde %5,8, radiküler kistlerde % 3,3 ve dentigeröz kistlerde %2 oranında saptandı. Radiküler kistlerin tedavisinde küçük kistlerin bir bölümü apikal rezeksiyon materyaliyle birlikte gelir. Apikal rezeksiyon endikasyonu bulunmayan olgularda farklı olasılıklar vardır. Eğer diş çekilirse (apikal lezyon dişle birlikte gelse bile) litik lezyona uyan bölge kürete edilmelidir. Endodontik tedavi uygulaması seçilirse, litik lezyonun izlenmesi önerilir. Büyükçe kistlerin tedavisinde enükleasyon ya da marsüpiyalizasyon yöntemleri uygulanır. Tam çıkarılmayan kistlerde nüksler sıktır (5).

Dentigeröz kistler ise çenelerde en sık görülen ikinci lezyonlardır (1,9). Literatür incelendiğinde dentigeröz kistlerin görülme sıklığının % 11-36 arasında değiştiği görülmektedir (7,9-11,14-16). Çalışmamızda da benzer olarak dentigeröz kist ikinci sıklıkta görülmüş olup prevalansı % 17,8 dir. Yapılan çalışmalarda dentigeröz kistler erkeklerde (Erkek/ kadın oranı: 1,57- 1,86) ve mandibulada daha sık saptanmıştır ve ortalama görülme yaşı 31 ile 61 arasındadır (9,10,14). Tortorici ve ark. dentigeröz kistlerin radiküler kistlerden daha erken yaşta olduğunu ve en sık ilk iki dekatta görüldüğünü bildirmiştir (14). Ochsensus ve ark. ise yaptıkları çalışmada dentigeröz kistlerin kadınlarda görülme oranını % 63 olarak bulmuştur (11). Çalışmamız da diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir. Dentigeröz kist erkeklerde (erkek/kadın: 2.2) ve mandibulada (% 87,7) daha sık olup en sık ikinci ve üçüncü dekatta, ortalama 34,6 yaşında tespit edildi.

Dentigeröz kist; odontogenezis sırasında "diş folikülü" adı verilen diş taslağında, görevini tamamlamış olan ameloblastlar ile mine arasındaki sıvı artışının sonucunda diş folikülü çevresinde lümeni berrak bir sıvıyla dolu kistik yapı oluşmasıyla ortaya çıkar (4,17,18). Küçük kistlerde klinik belirti yoktur, rutin grafilerde raslantı sonucu saptanırlar. Büyük olanlarda görülen ekspansiyon nedeniyle çenede şişlik, krepitasyon ve flüktüasyon bulguları ortaya çıkabilir; kiste komşu dişlerde itilmeye bağlı çapraşıklıklar görülebilir (5). Olgular radyolojik olarak gömülü dişle ilişkili, iyi sınırlı, kenarları sklerotik, ortası radyolüsen, uniloküler kistik lezyonlardır. Cerrahi girişimle çıkarılan gömülü dişin kuronu çevresindeki kistin ince bir çeperi vardır. Mikroskopik incelemelerde, ince fibröz bağ dokusundan oluşan kistin içyüzünü birkaç hücre kalınlığında skuamöz epitel anımsatan iç mine epitelinden kökenli düzenli bir epitel örtüsü izlenir. İntestinal metaplazide Goblet hücreleri görülebilir. Çalışmamızda 3 olguda intestinal metaplazi saptandı (3/49). Dentigeröz kistler enfekte olmadığı müddetçe kist çeperinde yangısal infiltrasyon görülmez. Olgularımızın hepsinde değişik düzeylerde inflamasyon görülmüştür. Nadiren Ameloblastik transformasyon, displazi ve karsinom gelişebilir (1). Cerrahi eksizyon tedavi edicidir, rekürrens çok nadirdir.

Dentigeröz kistlerin tedavisinde enükleasyon ya da marsüpiyalizasyon yöntemleri uygulanır (5).

Odontojenik keratokist, geniş yaş aralığında görülebilen, 10-30 yaşlar arasında erkeklerde daha sık olan, rekürrensi yüksek ve destrüktif bir kisttir (4,17,18). Klasik isimlendirme lezyonun benign davranışını vurgulamak için keratokisttir ancak Dünya Sağlık Örgütü neoplastik natürünü vurgulamak için "keratokistik odontojenik tümör" tanımını önermektedir (11). Sıklıkla posterior mandibulaya yerleşir. Genellikle uniloküler veya multiloküler radyolüsen lezyonlardır (4,17,18). Erken evrelerde belirgin bir klinik bulgu yoktur, büyüdükçe gelişen ekspansiyona bağlı şişlik, ağrı, n.alveolaris inferior basısı gibi belirtiler saptanır. Zamanla, yanak ve dil tarafında flüktüasyon ve krepitasyon vermeye başlayan büyük kistler kemik perforasyonu yapar. İtilen dişlerde yer değiştirme görülür. Patolojik kırık gelişebilir. Radyolojik incelemede, sınırları sklerotik litik bir lezyon görünümü vardır. Küçük kistler unilokülerdir. Büyük kistler multiloküler nitelik kazanabilir. Bazı olgular gömülü dişle birlikte olabilir ve dentigeröz kisti anımsatabilir. Radyolojik ayırıcı tanı olasılıklarına karşın, kist çeperi açıldığında lümeni dolduran keratinin varlığı kesin tanıya ulaştırıcı çok önemli bir bulgudur. Bazı olgularda, makroskopik olarak görülebilecek büyüklüğe ulaşmış kardeş kistler saptanabilir. Kist çeperi incedir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak mandibulada (%76,4) ve erkeklerde sık (%67,6) saptanmıştır. Olgular 10 ila 66 yaş aralığında olup ortalama 34 yaşındadır. 34 olgunun 7' sinde nüks izlenmiştir (%20,5). Radyolojik olarak dişlerle ilişkili, sınırları belirgin, radyolüsen ve unilokülerdir. Mikroskopik incelemede kistlerin ince bir fibröz çeperi ve bunu döşeyen birkaç sıra hücreden oluşan dalgalı görünümde keratinize skuamöz epitel izlenir. Parakeratoz tipi keratinleşme içeren kistlerde nükslerin daha sık olduğu bildirilmiştir (5). Bazal membran boyunca polarize olmuş, koyu nükleuslu, kolumnar/kuboidal hücrelerin palizat benzeri yapı oluşturması ayırıcı tanıda yararlıdır. Keratokistlerden skuamöz hücreli karsinom gelişebilir. Gorlin-Goltz sendromunun veya Oral-fasiyal-dijital sendromunun bir komponenti olabilir. Ayrıca mukoeপি-dermoid karsinom gibi malignitelerle karışabilir. Bu yüzden sadece histolojik görüntüsüne dayanarak değil radyolojik, cerrahi ve mikroskopik bulguları ile birlikte tanı verilmelidir (4,17,18). Keratokistlerin tedavisinde uygulanacak yöntemin seçimi kistin büyüklüğü kadar mikroskopik nitelikleriyle de uyum göstermelidir; enükleasyon gibi en konservatif yöntemden çene rezeksiyonu gibi en radikal yöntemde dek uygulama endikasyonu olabilir. Enükleasyon uygulanan olgularda nüksler sık olduğundan ayrıca kemik küretajı da önerilir. Keratokistlerdeki nükslerin sıklığı, hastaların öteki kist hastalarına göre uzunca bir süre izlenmesini gerektirir; radikal cerrahi uygulanmış hastalarda bile yumuşak dokuda nüksler olabilmektedir.

Gönderilen kist örneklerinde parakeratinizasyon ve kardeş kistlerin saptanması nüks olasılığı arttıran bir başka faktördür; kardeş kistlerin varlığı saptanan hastaların uzun bir süre izlenmesi zorunludur (5,20).

Odontojenik olmayan kistler embriyonel gelişim sırasında füzyon hattına sıkışan epitel artıklarından kaynaklanır. Nazopalatinal duktus kisti oral kavitedeki en yaygın gelişimsel nonodontojenik kisttir (4). Yapılan çalışmalarda görülme sıklığı %1,5 -% 5.8 arasında değişmektedir. (6,7,9). Çalışmamızda ise daha düşük olarak % 0,7 olguda saptanmıştır. Üst çene orta kesicilerin hemen arkasındaki insisiv kanal içindeki epitel kalıntılarından kökenli bir gelişim kistidir. Klinik incelemede, kesici dişler arasında şişlik görülür; küçük kistler rutin grafilerde raslantı sonucu saptanır. Yaş ve cinsiyet ayrımı yoktur. Çoğunluğu 2 cm çapından küçüktür (5). Tedavisinde enükleasyon yöntemi uygulanır.

Epitel içermeyen kistlerin incelemesinde radiküler kistlerin yoğun bir inflamasyona sebep olup epiteli ortadan kaldıracabileceği, bu tür olgularda radiküler kist lehine düşünülebilir ancak infekte kistlerdeki mikroskopik özelliklerin radiküler kisti anımsatabildiği (yangı hücreleri, kolesterol kleftleri, yabancı cisim dev hücreleri, vd) unutulmamalıdır ve ayırıcı tanıda radyolojik ve klinik bilgi çok önemlidir.

Sonuç

Araştırmada elde edilen veriler genel olarak literatürle uyumluluk göstermektedir. Literatürden farklı olarak odontojenik kistler mandibulada daha sık saptandı. Ülserasyon, erozyon, inflamasyon, kolesterol kleftleri ve Rusthon cisimcikleri gibi bulgular ayırıcı tanıda tek başına güvenilir değildir. Benzer histopatolojik özellikler göz önüne alındığında epitel içermeyen lezyonlarda kesin tanı radyolojik ve klinik bulgular ile birlikte verilmelidir.

Kaynaklar

1. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: Clinical pathologic correlations. Saunders Co 2003.p. 241.
2. Cardesa A, Sloatweg PJ. Pathology of the Head and Neck. Springer: 2006. p. 105-109.
3. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, Tenth Edition, 2011, p.265-27.
4. Mills SE. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology, 2010, p.797-806.
5. Gnepp DR. Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck, Second Edition, 2009, p.785-795.
6. Philipsen HP. Keratocystic odontogenic tumour. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (eds). World Health Organization classification of tumours. Pathology and ge-

netics of head and neck tumors. Lyon: IARC; 2005: p. 306-307.

7. Çöloğlu AS. Kistler ve Kistik oluşumlar, Oral Patoloji "Ağız Patolojisi", Yeditepe Üniversitesi Yayını, 2007.
8. Baykul T, Koçer G. Isparta ve çevresinde görülen çene kistlerinin retrospektif değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fak Derg 2009; 16: 6-9.
9. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burrano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. J Oral Sci 2008; 50: 15-8.
10. Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RW, Bezerra PG, Oliveira Neto PJ, Andrade ES. Odontogenic cysts: a clinicopathological study of 507 cases. J Oral Sci 2009; 51:581-6.
11. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. J Oral Sci 2006; 48:59-62.
12. Nakamura T, Ishida J, Nakano Y, Ishii T, Fukumoto M, Izumi H, Kaneko K. A study of cysts in the oral region. Cysts of the jaw. J Nihon Univ Sch Dent 1995; 37: 33-40.
13. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12: E85-91.
14. Açıköz A, Bulut EU, Özden B, Gündüz K. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish Population, Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012; 17: e108-15.
15. Çetiner S, Mollaoğlu N, Yücetaş Ş. Farklı odontojenik kistlerin dağılımlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. GU Diş Hek Fak Derg 2000; 17:15-9.
16. Varinauskas V, Gervickas A, Kavoliūniene O. Analysis of odontogenic cysts of the jaws. Medicina (Kaunas) 2006; 42:201-7.
17. Ertem SY.38 Vakalık seride çenelerdeki kistlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi, Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2012; 22: 138-42.
18. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. J Oral Pathol Med 2006; 35: 500-7.
19. Grossmann SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gomez RS, Aguiar MC, et al. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;104: e 35-41.
20. Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero JC, Garcés-Ortiz M. Clinico-pathologic study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. Arch Med Res 2000; 31: 373-6.
21. Ezirganlı Ş, Kara Mİ, Polat S, Göze ÖF. 122 Vakalık Seride Çenelerdeki Kistlerin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Hacettepe Diş Hek Fak Derg 2010; 34: 14-20.