

# Çok Sayıda Dev Erüpsiyon Kistleri ve Tedavi Yaklaşımları: Olgu Raporu

## *Multiple Giant Eruption Cysts and Treatment Approaching: Case Report*

Alper AKTAŞ\*, Emre TOSUN\*\*, Özde SEZGİN\*\*, Ali Rıza KOLBAŞ\*\*, Taha ÖZER\*\*

### Özet

Erüpsiyon kisti; sürmemiş bir diş üzerindeki dental follikülün dişten uzaklaşması ile gelişir. Dentigeröz kistin yumuşak dokuda gelişen türü olarak da kabul edilir. Diş ile follikülü arasında sıvı birikimi ile oluşur. Doku sıvısının veya kanın birikmesinin nedeni sürmekte olan dişin kronu çevresindeki folliküler aralığın genişlemesidir. Bu kist genellikle ilk dekatta, daimi birinci molar ve maksiller kesici dişlerde görülür. Ortalama görülme yaşı 7 dir. Yumuşak doku retansiyonu nedeni ile diş sürmesini geciktirir. Mukozada yumuşak, yuvarlak, mavimsi, yüzeyden yüksek bir görünüm oluşturur. Rengi, kist içerisindeki sıvının komponentlerine ve üzerindeki mukozanın kalınlığına bağlıdır. Aseptomatiktir ve enfekte olmadıkça palpasyonda ağrı veya hassasiyet olmaz. Radyografik olarak görüntü vermez çünkü hem kist, hem de etkilenen diş kemik ile değil, direkt olarak yumuşak doku ile ilişkilidir. Çoğu vakada kist kendiliğinden ruptüre olur ve diş sürmeye devam eder. Gerekirse dişin üzeri pencere şeklinde açılarak, sürmesi kolaylaştırılır.

Bu olgu raporunda, mandibular ve maksiller premolar dişler bölgesinde, oral kaviteyi kaplayan, çift taraflı büyük şişlik olarak tespit edilen erüpsiyon kistinin cerrahi tedavisi sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Erüpsiyon kisti; erüpsiyon; dev; süt dişi; çocuk

### Abstract

Eruption cyst is developed by moving away the follicle from tooth which is unerupted. It is a form of dentigerous cyst which is developed soft tissue. It is occurred by fluid accumulation between the tooth and the follicle. The reason of the accumulation of tissue fluid or blood is expansion of follicular space surrounding ongoing teeth. This cyst is usually developed in first decade correlating first permanent teeth and maxillary incisor teeth. The average age of occur is 7 years. It delays the eruption because of the soft tissue retention and carves out soft, round, bluish swelling. The colour of the swelling depends on the thickness of the mukosa and components of the fluid inside the cyst. It is asymptomatic and do not pain or tenderness on palpation unless it is not infected. Radiographically, it does not give image because, both cyst and affected tooth is not relationship with bone. In many case, cyst ruptures itself and teeth eruption proceeds. If necessary, tissue on the tooth is cleared away. Thus, eruption is facilitated.

In this case report, we offered the surgical treatment this cyst determined as bilateral swelling covered the oral cavity at mandibular and maxillary premolar tooth region.

**Key words:** Eruption cyst; eruption; giant; primary teeth; juvenile

\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı  
\*\* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Erüpsiyon kisti; sürmemiş bir diş üzerindeki dental folikülün diştan uzaklaşması ile gelişir. Diş ile follikülü arasında sıvı birikimi ile oluşur<sup>1,2</sup>. Daha önceleri dentigeröz kistlerin bir alt grubu olarak sınıflanırdı ve dentigeröz kistin yumuşak dokuda oluşan formu olarak düşünülürdü. Ancak dentigeröz kistler tamamı kemikle çevrili bir dişin kronu etrafında oluşurken; erüpsiyon kisti, diş yumuşak doku içerisindeyken erüpsiyon prosesinde bir engelle karşılaştığında oluşur. Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre de, erüpsiyon kisti, çenelerin epitelyal kistleri içinde ayrı bir başlıkta yer almaktadır.<sup>3</sup>

Erüpsiyon kisti, erüpsiyon hematomu olarak da adlandırılır. Kist sıvısı açık, berrak renklidir ve bu yüzden de kistik oluşum oral mukozanın rengindedir. Ancak bazen bu sıvıya kan da katılır ve mavi mor renkli bir şişlik olarak görülür. Bu durumda erüpsiyon hematomu adını alır.<sup>4</sup> Mandibula veya maksillada, unilateral veya bilateral, tek veya çok sayı gibi çeşitli sayılarda ve pozisyonlarda görülebilir.<sup>5,6</sup> Ancak çoğunlukla daimi birinci molar ve maksiller kesici dişlerde görülür.<sup>1</sup>

Erüpsiyon kistleri, asemptomatik kistlerdir ve genellikle etken dişin sürmesiyle kendiliğinden ruptüre olurlar.<sup>1,7</sup> Bu yüzden kist büyük boyutlara ulaşmadıkça, enfeksiyon riskini artırmamak için cerrahi girişimler uygulanmamalıdır. Ancak kanama, enfeksiyon, travmaya bağlı oluşan yaralanmalar veya estetik sorun durumlarında cerrahi tedavi düşünülmelidir.<sup>4,8</sup> Konvansiyonel cerrahi tekniklere göre bazı avantajları olduğundan lazer ile de tedavi edilebilirler. Bu şekilde daha az kanama, daha az ağrı ve daha hızlı iyileşme görülebilir.<sup>9</sup>

Herhangi bir tedavi uygulanmadan önce; granülomdan amalgam tattooya, dentigeröz kistten Bohn no-

dülüne kadar çeşitlilik gösteren ayırıcı tanılar göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>6</sup>

Bu olgu raporunda, çift taraflı ve büyük boyutlara ulaşmış multipl erüpsiyon kistinin cerrahi tedavisinden bahsedilmektedir.

### Olgu Sunumu:

Kliniğimize mandibular premolar bölgede çift taraflı şişlik, tükürük artışı, beslenmede güçlük şikayeti ile gelen 2 yaşındaki kız bebeğin ailesinden alınan anamnezde, hastanın mental motor retarde olduğu, tanısı henüz konulamamış bir kollagen doku hastalığına ve kas hastalığına sahip olduğu ve anne baba arasında akraba evliliği olduğu öğrenildi. Yapılan genel muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. İntraoral muayenesinde, bilateral mandibular ve maksiller süt 1. ve 2. molar bölgede oral kaviteyi kaplayan geniş kabartılar görüldü (Resim-2,3). En büyük boyuta ulaşmış olan sol mandibular bölgedeki lezyon mor, diğerleri ise oral mukoza ile aynı renkte olduğu gözlemlendi. Özellikle mandibuladaki lezyonların oral kaviteyi kapladığı ve dili yukarı kaldırarak solunum, beslenme gibi fonksiyonları kısıtladığı saptandı. Ağız içinde yalnızca santral ve lateral dişler saptandı. Daha önce de mevcut şişlikler şeklinde dişetinin kabardığı ve daha sonra patladığı ve dişlerin görüldüğü ailesinden öğrenildi.

Klinik bulgulara dayanarak lezyonlara erüpsiyon kisti tanısı konuldu ve hastanın tedavisine başlandı. Tedavi olarak, hastanın yaşı ve mandibuladaki lezyonların boyutları göz önünde bulundurularak cerrahi yaklaşım düşünüldü. Maksilladaki nispeten daha küçük boyuttaki lezyonların ise takibi uygun görüldü.



Resim 1: Mandibular bölgedeki erüpsiyon kistleri



Resim 2: Maksiller ve mandibular bölgedeki erüpsiyon kistleri



Resim 3: Üzeri açıldıktan sonra Ankaferd Blood Stopper® uygulanmış diş yüzeyi

Hastaya uygulanacak işlemler ailesine açıklanarak bilgilendirildi ve aydınlatılmış onam alındı. Anestez uzmanı tarafından genel anestezisi alması mevcut sistemik durumu nedeniyle kontrendike görülmesi nedeniyle İ.M sedasyon yapıldı. Bilateral mandibular premolar bölgelere Maxicaine Forte (Articain HCL + epinefrin 40 mg/ml 0,01 mg/ml) 2ml'lik anestetik solüsyonu ile infiltratif lokal anestezisi yapıldı. Lezonlardan öncelikle aspirasyon yapıldı (Resim-4). Daha sonra üzerlerindeki epitelyum ve granülasyon dokusu kaldırılarak diş germleri açığa çıkarıldı (Resim-5). Açığa çıkan yüzeye Ankaferd Blood Stopper® ampul 2ml. uygulandı (Resim-6). Hastaya amoksisilin + klavulanik asit türevi bir antibiyotik (augmentin susp) ve antienflamatuar etkili bir sprey (andorex sprey) reçete edildi. Post-operatif öneriler verilerek 1 hafta sonra kontrole çağrıldı.

Operasyon sonrası bir daha ulaşılamayan hastanın takibi yapılamamıştır. Şehir dışından gelen hastanın ailesi; tahminen, kistlerin perfore edilerek dişlerin üzerinin açılması sonrası hızlı bir iyileşme ve bebeğin diğer medikal sıkıntıları nedeniyle post-operatif kontrolü önemsememiştir.

### Tartışma:

Erüpsiyon kistinin görülme yaşı oldukça geniş bir aralıktadır ve yapılan çalışmalarda, yenidoğandan 46 yaşına kadar erüpsiyon kisti görülmüştür. Ortalama görülme yaşı Woldenberg ve ark.na göre 7.2 iken, Bodner ve ark. 24 hastada yaptıkları çalışmada 4.44

olarak bulmuştur.<sup>3-10</sup> Yine Bodner'ın yaptığı başka bir çalışmada da 15 erüpsiyon kisti tanısı konan hastada ortalama yaş 4.7(+2.6) olarak bulunmuştur.<sup>4</sup> Nagaveni ve arkadaşları ise, daimi 1.molar ve santral dişlerin sürme zamanı olan 6 - 9 yaş aralığını ortalama görülme yaşı olarak düşünmüşlerdir.<sup>11</sup> Bu vakada ise hastanın yaşı 2'dir. Bu sonuçlara dayanarak, erüpsiyon kistinin görülme yaşı olarak diş sürmesinin yoğun olarak yaşandığı 1. ve 2. dekat gibi görünse de, spesifik bir yaş veya yaş aralığı vermenin doğru olmayacağı düşünülmektedir.

Etkilenen dentisyon genellikle daimi dentisyondur ve mandibular santral kesiciler ve 1.molar dişler en çok etkilenen dişler olmakla beraber, anterior bölgede molar bölgeye oranla 2 kat fazla görülmektedir.<sup>3,11</sup> Daimi dişlerde daha çok görülmesi, dişin boyutuna bağlı olarak erüpsiyonun engellenmesine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Anterior bölgede artan oran ise bölgenin görünürlüğüne bağlı olabilir. Anderson'a göre, maksiller arkta mandibular arka göre daha sık görülmektedir.<sup>8</sup> Hastadan alınan anamnezde anterior dişlerde de daha önce olası erüpsiyon kistlerinin bulunduğu öğrenildiğinden, bu hastada anterior ve posterior kısımlarda kistin öncelikli bulunması söz konusu görülmemektedir.

Yine Anderson'un ve Bodner ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda cinsiyete göre görülme sıklığı, erkekte bayana göre 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür.<sup>3</sup> Ancak Seward ve Aguilo, çalışmalarında cinsiyet ayrımı bakımından anlamlı bir fark bulamamışlardır.<sup>5,6</sup> Erüpsiyon kistlerinin yaşa, cinsiyete ve görülme yerlerine göre prevelansları konusunda kesin verilere ulaşmak için bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu kistlerin önceleri dentigeröz kist olarak sınıflandırılması, mevcut çalışmaların az olmasında önemli bir neden olabilir. Ayrıca benign bir lezyon olması ve çoğu zaman tedavi edilmeden kendiliğinden ruptüre olması, posterior bölgedekilerin aile tarafından kolayca fark edilememesi, bu kistlerin literatüre katılımını sağlayacak raporları kısıtlamaktadır.

Erüpsiyon kistinin orjini tartışmalıdır. Bir grup araştırmacı, bu kistin gelişimini, mine gelişiminin tamamlanmasını takiben mine epitelindeki dejeneratif kistik değişikliklere bağlar; diğerlerine göre ise bu kist, sürmekte olan dişi çevreleyen dental laminanın epitel artıklarından orjin almaktadır.<sup>10,12,13</sup> Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber Aguilo ve ark., 36 hastanın katıldığı retrospektif klinik çalışmalarında, olası etiyojik faktörleri erken diş çürükleri, travma, enfeksiyon, erüpsiyon için yetersiz ark genişliği ve genetik yatkınlık olarak sıralamışlardır.<sup>6</sup>

Erüpsiyon kisti çoğu kez, başka patolojik durumlardan bağımsız olarak, tek başına görülen bir patolojidir. Ancak son zamanlarda, çeşitli sistemik durumların bu kistin oluşumuna zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Kuczek ve ark., Siklosporin-A tedavisi altında olan bir hastada erüpsiyon kisti rapor etmişlerdir.<sup>14</sup> O'Hara ve ark. yenidoğan köpeklere düzenli olarak profibrojenetik etkisi olan siklosporin uygulayarak, erüpsiyon kisti gelişiminin indüklendiğini, ilacın kesildiğinde ise bu durumun geri döndüğünü göstermişlerdir.<sup>15</sup> Nomura ve ark. ise, Menkes kinky hair sendromlu ve diphenylhydantoin kullanan bir hastada multiple erüpsiyon kistleri tanımlamışlardır.<sup>16</sup> Bu olguda da hastanın henüz tanısı konulamamış bir kollagen doku ve kas hastalığına sahip olması, bu görüşü desteklemektedir. Dişin yumuşak doku içerisinde erüpsiyonunu engelleyecek derecede bir dens fibröz doku varlığı veya buna zemin hazırlayan sistemik durum, erüpsiyon kistinin etiolojisinde rol oynayabilir. Ancak hasta uyumsuzluğu nedeniyle ileri tetkiklerin yapılamamış olması, bu konuda kesin bir sonuca varmayı güçleştirmiştir.

Ayrırcı tanısında dikkat edilecek patolojiler, granülomdan amalgam tattooya, Bohn nodülünden hematoma, melanomdan unikistik ameloblastomaya, mukosele kadar çeşitlilik göstermektedir.<sup>10,17</sup> Tedavi uygulanmadan önce ayırt edici tanısı dikkatlice yapılmalıdır. Erüpsiyon kistinin transilluminasyonda parlaması, ancak hematomun parlamaması, özellikle mor renkli erüpsiyon kistlerinin ayrırcı tanısında önemlidir. Fluktuasyon vermesiyle amalgam tattoo ya da Bohn nodülünden ayrılır.<sup>5,6</sup> Diğer kistlerden farklı olarak tanıda radyolojik bulgulardan faydalanılamaz çünkü erüpsiyon kistinin kemik tutulumu olmadığı için radyolojik görüntüsü de yoktur. Buna rağmen Woldenberg ve ark., etkilenen diş ve dişi çevreleyen kemiğin durumunu görmek için radyograf almayı önermişlerdir.<sup>10</sup> Histopatolojik inceleme kesin tanıya ulaşmak için gerekli olmasa da, solid lezyonlardan ayırt etmek amacıyla aspirasyon yapılabilir.<sup>10</sup> Aspirasyon ile, kollestin kristalleri içeren açık sarı renkli düşük viskoziteli sıvı görülmektedir.

Erüpsiyon kistleri genellikle tedavi gerektirmezler ve çoğu kendiliğinden kaybolur. Bu yüzden tedavide ilk yaklaşım takiptir. Ancak bazı durumlarda, örneğin kanama, enfeksiyon, kronik travmaya maruz kalma, estetik problemler, yenidoğanda aspirasyon tehlikesi, aşırı boyutlarda dili yukarı kaldırarak solunum yutkunma konuşma gibi oral fonksyonları etkilemesi gibi durumlarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır.<sup>4,8</sup>

Erüpsiyon kistlerinin cerrahi tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda, marsüpyalizasyon ve total eksizyon olmak üzere iki farklı metod kullanılmıştır. Marsüpyalizasyon ile hedeflenen; kist tavanının eksizyonu ile, dekompresyonu sağlayarak kist içindeki sıvı basıncını ortadan kaldırmak, böylece dişin kendiliğinden sürmesini sağlamaktır. Enükleasyonda ise kronu çevreleyen bütün kist epiteliyle beraber alınır ve diş ağız ortamına açılır. Boj ve ark. nın farklı bir tedavi yöntemi olarak önerdiği bir diğer yöntem ise, Er Cr-YSGG lazer kullanımıdır(9). Konvansiyonel cerrahiye göre avantajları düşünüldüğünde, daha az anestezinin yeterli olması, kanamanın minimal olması, hasta konforu bu yöntemin kullanılmasını desteklemektedir. Aynı zamanda bakterisidal olması, koagülatif etkileri olması, yara iyileşmesinin daha iyi ve daha hızlı olması, post operatif ağrı yaratmaması diğer avantajlarıdır(9).

Sonuç olarak, tedavide hasta konforu hedeflenmeli ve bu nedenle tedavi metodu hastaya spesifik olmalıdır. Rekürrensi önleyen, dişin en rahat şekilde sürmesini sağlayan tedavi metodu seçilmelidir. Olgu raporumuzda sunduğumuz hastanın yaşı, yaşa göre dentisyonu, sistemik durumu, kistlerin boyutları değerlendirilmiş ve mandibular bölgedeki çok büyük boyutlara ulaşmış kistlerin cerrahi eksizyonu yapılmıştır. Motor retardasyonu olan hastada kanama kontrolünü sağlayabilmek ve yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla Ankaferd Blood Stopper® uygulanmıştır. Maksilladaki kistler ise küçük boyutlarda oldukları ve oral fonksyonları kısıtlamadıkları düşünülerek, hasta konforu da göz önünde bulundurularak aileye gerekli bilgi verilmiş ve takibe alınması planlanmış ancak hasta uyumsuzluğu nedeniyle operasyon sonrası hasta bir daha görülemezdir.

## Kaynaklar

1. Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. WB Saunders Co. Philadelphia 2002, 593-594.
2. Boj J.R., Garcia-Godoy F. Multiple Eruption cysts: report of case. J. Dent. Child. 67:282-284, 2000
3. Bodner L., Goldstein J., Sarnat H. Eruption Cysts: a clinical report of 24 new cases. J. Clin. Pediatr. Dent. 28:183-186, 2004
4. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in the children. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 62:25-29, 2002
5. Seward MH. Eruption cyst: an analysis of its clinical features. J. Oral. Surg. 31:31-35, 1973
6. Aguilo L., Cibrian R., Bagan J.V., Gandia J.L. Eruption Cysts: retrospective clinical study of 36 cases. American Society of Dentistry for Children 65:102-106, 1998
7. Stewart R.E., Barber T.K., Troutman K.C. Pediatric Dentistry. Scientific foundations and clinical practice. St. Louis: CV Mosby Co. 1982, 178-179.
8. Anderson R.A. Eruption cysts: a retrograde study. American Society of Dentistry for Children 57:124-127, 1990
9. Boj J.R., Poirier C., Espasa E., Hernandez M., Jacobson B. Eruption cyst treated with a laser powered hydrokinetic system. J. Clin. Pediatr. Dent. 30:199-202, 2006
10. Woldenberg, Y., Goldstein, J., Bodner, L. Eruption cyst in the adult—a case report. Int. J. Oral Maxfac. Surg. 33:804-805, 2004
11. Nagaveni NB, Umashankara KV, Radhika NB, Maj Satisha TS. Eruption cyst: A literature review and four case reports. In dian J. Dent. Res. 22:148-151, 2011
12. Cawson R.A., Odell E.W., Porter S. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine 7th ed. Elsevier, 2002, 110-111
13. Alemán Navas RM, Martínez Mendoza MG, Leonardo MR, Silva RA, Herrera HW, Herrera HP. Braz. Dent. J. 21:259-262, 2010
14. Kuczek A, Beikler T, Herbst H, Flemmig TF. Eruption cyst formation associated with cyclosporine A. J. Clin. Periodontol. 30:462-466, 2003
15. O'Hara AJ, Collins T, Howell JM. Gingival eruption cysts induced by cyclosporine administration to neonatal dogs. J. Clin. Periodontol. 29:507-513, 2002
16. Nomura J, Tagawa T, Seki Y, Mori A, Nakagawa T, Sugatani T. Kinky hair disease with multiple eruption cysts: A case report. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 82:537-540, 1996
17. Sadegi EM, Sewall SR, Dohse A, Novak TS. Odontogenic tumors that mimic a dentigerous cyst. Compendium Contin. Educ. Dent. 16:500-504, 1995

### Yazışma Adresi:

Dr. Taha ÖZER  
Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı 06100 Sıhhiye/Ankara  
Tel: (0312) 305 22 20 - Faks: (0312) 310 44 40 • E-posta: taha.ozer@gmail.com