

## BASİT KEMİK KİSTİ: İKİ OLGU SUNUMU

### Simple Bone Cyst: Two Case Report

Elif Naz YAKAR\*  
İbrahim KILIÇ\*\*

Emre YURTTUTAN\*\*  
Candan S. PAKSOY\*\*\*

#### ABSTRACT

*The simple bone cyst is an uncommon non-epithelial lined cavity of the jaws. The lesion is mainly diagnosed in young patients most frequently during the second decade of life. The pathogenesis of simple bone cyst still remains a matter of conjecture and several theories have been suggested. Majority of them are located in the mandibular body between the canine and third molar. Clinically, the lesion is asymptomatic and is often accidentally discovered on routine radiological examination usually as an unilocular radiolucent area with a "scalloping effect". The definite diagnosis of traumatic cyst can only be determined at surgery. Often the material for histological examination may be scanty or non-existent. It is very often difficult for a definite histologic diagnosis to be achieved. Careful curettage of the lesion favors progressive bone regeneration. In this case we present well documented diagnosis, surgical examination and postoperative healing of a simple bone cyst involving the body of the mandible in different genders and range of age.*

**Key words:** Simple bone cyst, traumatic bone cyst, solitary bone cyst

#### ÖZET

*Basit kemik kisti, çenelerin nadir görülen, epitelyum sınırı olmayan kaviteleridir. Genellikle gençlerde teşhis edilip, sıklıkla hayatın ikinci dekadında rastlanılır. Çoğunlukla mandibula korpusunda, kanin-molar dişler arası bölgede lokalizedir. Etyolojisi tam olarak bilinmeyen, benign karakterli bir lezyondur. Klinik olarak lezyonlar asemptomatik olup, sıklıkla radyolojik inceleme-*

*lerde tesadüfen rastlanan, yuvarlak, uniloküler, radyolüsent alanlardır. Kesin tanı cerrahi sonrası histopatolojik inceleme ile konulabilir. Lezyonun dikkatli küretajı, hızlı bir kemik rejenerasyonu sağlar. Bu olgu sunumunda 2 farklı yaş aralığı ve cinsiyette, mandibulada izlenen basit kemik kistinin, tanısı, cerrahi işlemleri ve postoperatif iyileşme takibi anlatılmaktadır.*

**Anahtar kelimeler:** Basit kemik kisti, travmatik kemik kisti, soliter kemik kisti

#### GİRİŞ

Basit kemik kisti, hemorajik kemik kisti, soliter kemik kisti, progresif kemik kavitesi, ekstravazyon kisti ve idiyopatik kemik kisti olarak isimlendirilebilmektedir. İlk defa 1929 yılında Lucas ve Blum tarafından tanımlanmıştır (1). Bu çeşitli isimlendirmelerin altında etyopatogenezinin çok iyi bilinmemesi yatmaktadır (1,2). Basit kemik kisti, epitel sınırı olmayan, ince bir bağ dokusuyla çevrili, içi boş veya az miktarda sıvı dolu bir kemik kavitesidir. Epitel sınırı olmadığı için gerçek bir kist değildir. Kemığın normal yapılanması ve metabolizması içinde meydana gelen anormal kemik gelişimi olarak düşünülebilir (2). Bu teori, dolaylı olarak, bu kemik kavitelerinin sıklıkla semento osseoz displazi ve fibröz displazi ile birlikte görülmesine dayandırılmıştır. 1946 yılına kadar bu kistin ayırıcı kriterleri bulunamamıştır. Bu kriterler halen kesin olarak bilinmemektedir.

\* Dt. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

\*\* Dt. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\*\* Prof.Dr. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

Basit kemik kisti genellikle 30 yaş altı bireylerde, ortalama 20 yaşlarında teşhis edilir. Cinsiyet ayrımı yoktur. Çene ve yüz bölgesinde meydana geldiği takdirde, en çok mandibulada, korpus ve ramus bölgelerinde ortaya çıkar. Mandibulada kanin-molar dişler arası bölgede veya simfizde sık görülebilmektedir. Nadir olarak bilateral izlenebilir. Nadiren maksillayı da tutar (3). Genellikle asemptomatiktir ve rutin muayenelerde tespit edilir. Bazı durumlarda ağrı ve parestezi izlenebilir (4,5).

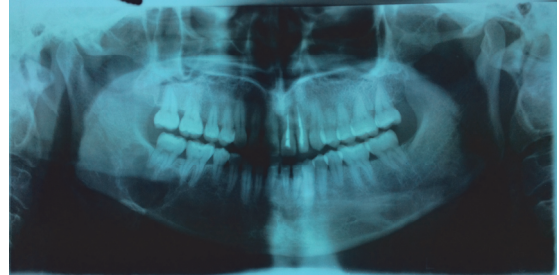
İyi veya kötü sınırlılık yapısı gösterebilen basit kemik kisti sıklıkla gerçek bir kist gibi, düzgün, oval veya yuvarlak sınırlılık gösterir. Sınırlar diş kökleri arasına girerek taraklı görünüm alabilir. İnternal yapısı tamamen radyolüsenttir. Gerçek kemik septaları olmamasına rağmen sıklıkla multiloküler görünür. Bunun nedeni kavite sınırlarının lezyon içine doğru kıvrımlanmasıdır (4). Nadiren kök rezorbsiyonuna ve lamina dura kaybına neden olur ve dişlerde yer değişikliği ile kortikal kemikte ekspansiyon yapabilir. Yine nadiren dişlerin vitalitesini etkileyebilir (5).

### OLGU 1

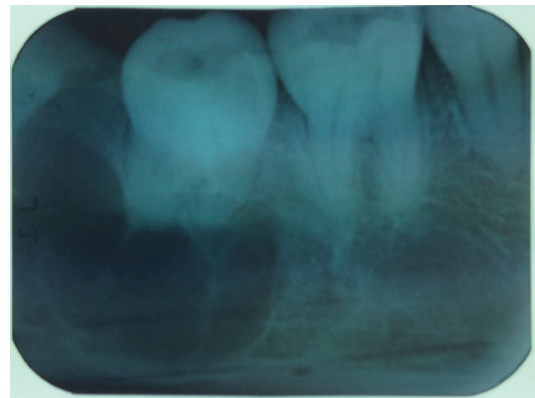
Başka bir sağlık kuruluşundan, rutin muayenesi sırasında panoramik radyografide fark edilen sağ alt çene posterior bölgedeki lezyonun incelenmesi amacıyla fakültemize yönlendirilen 35 yaşında kadın hastadan alınan anamnezde sistemik hastalığı olmadığı, ilgili bölgede herhangi bir travma ve patoloji hikayesi bulunmadığı öğrenildi. Klinik muayenede lezyonla ilişkili herhangi bir bulguya rastlanmadı. İlgili bölgede oral mukoza normal görümlü olup, dişlerde perküsyon, palpasyon, mobilite gözlenmedi. İntraoral, ekstraoral şişlik ve lenf bulgusuna rastlanılmadı. Ancak elektrikli pulpa testi ile ilgili dişlerin vitalitelerinin değerlendirilmesi sonucu 46 ve 47 nolu dişler devital olarak tespit edildi.

Radyografik incelemede 20x30 mm boyutlarında sol mandibular bir ve ikinci molar diş kökleri arasında lokalize, ince, düzgün kortikal sınırlı, mandibular kortikal alt sınıra kadar uzanan, molar dişlerin köklerinde rezorbsiyon meydana getiren, oval şekilli, radyolüsent içerikli lezyon izlendi (Resim-1). Peria-

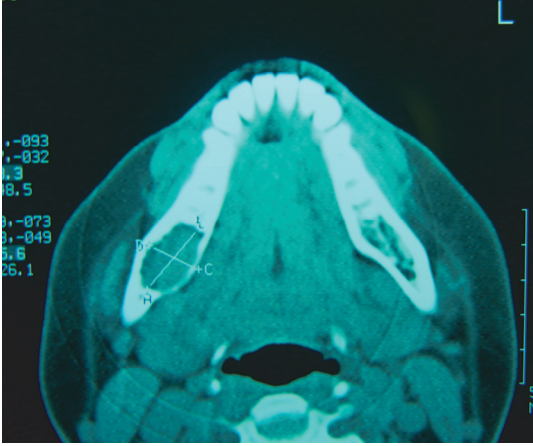
pikal radyografide lezyon içinde ince, düz kemik septalarına rastlanıldı (Resim-2). Bölgesel CBCT aksial kesitlerinde lezyon gelişimi kemiğin uzun aksı boyunca olup bukko-lingual yönde hafif ekspansiyon, lingual kortikal kemikte hafif incelme izlendi (Resim-3). Ayırıcı tanıda odontojenik keratokist düşünüldü. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümünde yapılan aspirasyon biyopsisinde birkaç mm. hafif sarı renkli sıvı içeriği alındı. Lokal anestezi altında cerrahi olarak sağ mandibular molar bölgede içi boş kaviteye ulaşıp, sınırları kürete edilerek kanla dolması sağlandı. 46 ve 47 no'lu dişlerin çekimi yapılarak cerrahi prosedür tamamlandı. Kavite duvarlarından alınan örnekler üzerinde yapılan patolojik inceleme sonrası, epitelle dōşeli olmayan ince bir bağ dokusuna sahip süngerimsi kemik tespit edilerek basit kemik kisti teşhisi konuldu. Operasyon sonrası 15 aylık panoramik radyografisinde lezyon sınırlarında daralma ve kemikte iyileşme izlendi (Resim-4).



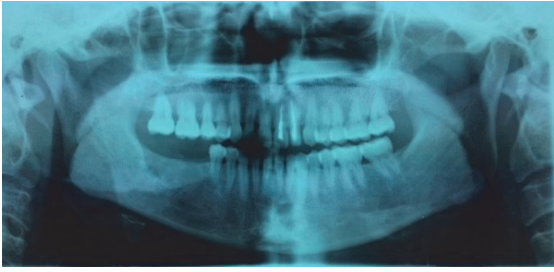
Resim 1: ???



Resim 2: ???



Resim 3: ???



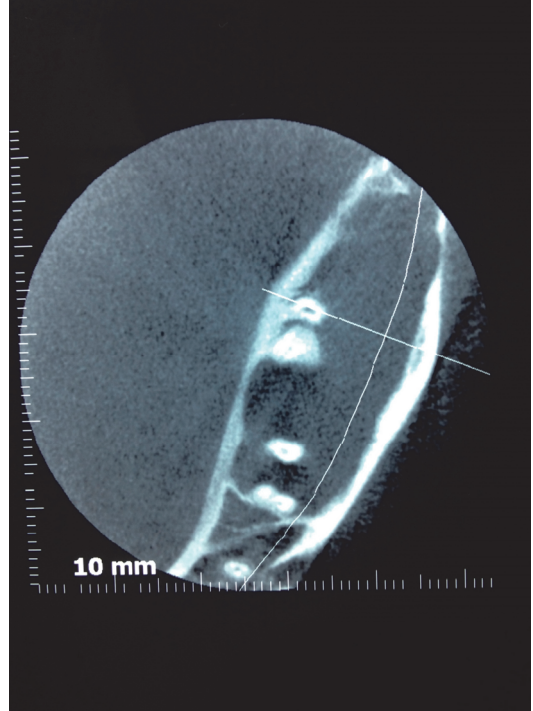
Resim 4: ???

## OLGU 2

Rutin kontrollerini yaptırmak için Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi muayene kliniğine başvuran 20 yaşında erkek hastadan alınan panoramik radyografda sol mandibular molar bölgede 3,5-4 cm genişliğinde, molar dişlerin kökleri ile ilişkili, radyopak düzgün sınırlı, radyolusent içerikli oval şekilli lezyon saptandı (Resim-5). Herhangi bir klinik bulgusu olmayan bu lezyonda bölgedeki dişler vitaldi. Bölgesel CBCT aksiyal kesitlerinde hafif bukkolingual yönlü genişleme izlendi (Resim-6). Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim dalı kliniğinde ilgili bölgeden yapılan aspirasyon biyopsisinde herhangi bir sıvı alınamadı. Cerrahi prosedür uygulanarak kemik kavitesine ulaşıp kanla dolması sağlandı. 20 yaş dişi ile beraber kavite duvarlarından alınan 0,6x0,5x0,3cm boyutlarında sert dokuların patolojik incelemesi sonucu döşeyici epiteli olmayan basit kemik kisti teşhisi konuldu. 3aylık postoperatif takibinde alınan panoramik radyografide ilgili bölgede iyileşme izlendi (Resim-7).



Resim 5: ???



Resim 6: ???



Resim 7: ???

## TARTIŞMA

Basit kemik kistinin etyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen en çok kabul edilen görüş lezyonun daha önce geçirilen bir travma ile ilişkili olduğudur. Bu görüşe göre lezyon, travma sonucu kemiğin intermedullar kısmında



hematom oluşmasıyla meydana gelir. Daha sonra pıhtının organizasyonu bozulur ve boş kemik kavitesini terk eder. Bu teori basit kemik kistinin daha sık olarak genç bireylerde ortaya çıkmasını, genç bireylerin travmaya daha sık maruz kalmasıyla açıklar (6). Ancak travma hikayesi her zaman olmayabilir. Bunun dışında; düşük dereceli enfeksiyonlar, kemik gelişimindeki lokal travmalar, venöz obstrüksiyonlar, intramedüller kanamalar, lokal iskemik nekrozlar, osteoliz gelişimi, kemik tümörlerinin meydana getirdiği kistik dejenerasyonlar, kalsiyum metabolizmasındaki değişimler veya bu faktörlerin kombinasyonları basit kemik kistinin gelişiminde etken olarak sayılabilmektedir (7). Diş çekimi sırasında meydana gelen bazı travmaların da bu tip kistlerin oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir (8).

Basit kemik kisti minimal ekspansiyon yaparak kemiğin uzun eksenini boyunca büyüme özelliği ile odontojenik keratokiste benzer görüntü verebilir. Odontojenik keratokistlerin farkı daha keskin kortikal sınır yapısı olması, kök rezorbsiyonu ve dişlerde yer değiştirmeye yol açması ve daha yaşlı popülasyonda görülmesidir (6). Basit kemik kisti genellikle etkilenen diş olmaksızın kemik yıkımı meydana getirebildiğinden malign lezyonlarla karıştırılabilir. Bununla birlikte, bazen lamina duranın varlığı, periferik invaziv olmaması ile bu lezyonlardan ayırt edilir (7,8).

Teşhiste radyolojik inceleme ve cerrahi sırasında lezyon özellikleri önemlidir. Histopatolojik bulgular karakteristik değildir. Basit kemik kisti kendiliğinden iyileşebilir (3). Saap ve diğerleri bu amaçla kendiliğinden iyileşme gösteren iki vaka tanımlamışlardır (8). Basit kemik kistinin en çok yapılan tedavisi konservatif olarak lezyonun açılması, sınırlarının dikkatli bir küretajı ve kapatmadır. Lezyon içeriğinin kanla dolması iyileşmeyi sağlar. Küretajı takiben kanla dolan kavitede yeni kemik oluşumuyla lezyon iyileşir (7). Periyodik radyografik takipler özellikle cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar için endikedir. Tekrarlayan lezyonlar nadir de olsa bildirilmiştir (1,7,8). Bazı araştırmacılar lezyonun florid

osseöz displazi ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (4,8). Yine bazı araştırmacılar travmatik kemik kistinin dev hücreli reparatif granülomaya dönüştüğü olgular rapor etmişlerdir (2). İyileşme lezyon duvarlarının basit küretajından sonra 6-12 ayda meydana gelmektedir. Cerrahi müdahale sonrası klinik ve radyolojik takip önerilmektedir (1,7).

## KAYNAKLAR

1-Lucas CD, Blum T. Do all cysts in the jaws originate from the dental system? J Am Dent Assoc 1929;16:647-61.

2- Kuhmichel A, Bouloux GF. Multifocal traumatic bone cysts: case report and current thoughts on etiology. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68(1):208-12.

3-Heubner GR, Turlington EG. So-called traumatic( hemorrhagic) bone cysts of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.31:354-365,197

4-Precious DS, Mc Fadden LR. Treatment of traumatic bone cyst of mandible by injection otogenic blood. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 58:137-140 ,198

5- Braz J Otorhinolaryngol. 2012 Apr;78(2):16-21. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases

6- Y. Suei, A. Taguchi, T. Nagasaki, K. Tanimoto Radiographic findings and prognosis of simple bone cysts of the jaws Dentomaxillofac Radiol, 39 (2010), pp. 65–72

7-Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Simple bone cyst of the jaws: evaluation of treatment outcome by review of 132 cases. Oral Maxillofac Surg. 2007;65(5):918-23 .

8- -Unusual cone-beam computerized tomography presentation of traumatic (simple) bone cyst: case report and radiographic analysis. Mathew R, Omami G, Gianoli D, Lurie A. Source Oral and Maxillofacial Radiology, School of Dental Medicine, University of Connecticut, Farmington, Connecticut 06030, USA

## Yazışma Adresi

Ankara Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

e-mail: dtnazyakar@hotmail.com

Tel: 0 (530) 041 11 53