



MAKSİLLER SİNÜSTE GENİŞ HACİMLİ RADİKÜLER KİST (VAKA RAPORU)

A LARGE RADICULAR CYST INVOLVING THE MAXILLARY SINUS: (CASE REPORT)

Yrd. Doç. Dr. M. Cemil BÜYÜKKURT *
Arş Gör. Dt. Ümit YOLCU*

Arş Gör. Dt. Mutan Hamdi ARAS *
Yrd. Doç. Dr. M. Selim YAVUZ*

Arş Gör. Dt. Ferhat AYRANCI*

ÖZET

Odontojenik kistler her ne kadar çok büyük boyutlara ulaşabilseler dahi, nadiren maksiler sinüsü kaplayacak kadar büyüklüğe ulaşırlar. Bu makalede, maksiler sinüste göz tabanına kadar ulaşan ve burun yan duvarını rezorbe etmiş olan bir radiküler kist vakasının cerrahi olarak tedavisi sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Radiküler kist, Maksiller sinüs

ABSTRACT

Although odontogenic cysts may enlarge huge dimension, odontogenic cysts which involved the entire maxillary sinus are rare. We presented surgically treatment of a case radicular cyst which have reached floor of the orbital cavity and have perforated lateral wall of the nasal cavity in this article.

Key words: Radicular cyst, Maxillary sinus

GİRİŞ

Odontojenik kistler sadece oral ve maksillofasial bölgeyi etkilemeleri nedeniyle eşsiz kistlerdir¹. Bu lezyonlardan radiküler kistlerin, inflamatuvar odontojenik kistlerin en yaygın tipi olmasına ve en sıklıkla da maksiler anterior bölgede ortaya çıkmasına rağmen², maksiler sinüsü kaplayacak kadar büyük odontojenik kistler nadir olarak ortaya çıkar^{3,4}.

Radiküler kistin muhtemel radyolojik seyri, periapikal granülomaya benzer bir şekilde non vital bir dişin veya kalmış bir kökün apeksinde küçük bir radyolüsent lezyon olarak başlar⁵. Bu kistler enfekte olmadıkça genellikle herhangi bir semptom vermezler⁶. Bununla birlikte bu tip lezyonlar belli büyüklüklere ulaşırsa komşu dişlerde yer değiştirme veya mobilite, ekspansiyon veya parestezi gibi bazı semptomlar verebilirler⁵. Bu makalede, maksiler ikinci azı dişinin

kalmış köklerinden orijin alan ve tüm sol maksiller sinüsü kaplamış bir radiküler kist vakasının tedavisini sunmaktayız.

VAKA RAPORU

Maksiler sol molar bölgesindeki şiddetli ağrı, postnasal akıntı ve vestibül sulkusta ki ekspansiyon şikâyeti ile Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral ve Maksillofasial Cerrahi kliniğimize başvuran 30 yaşında ki erkek hastanın yapılan klinik muayenesinde sol molar bölgede ekspansiyon ve mobil üçüncü azı dişi mevcuttu. Radyolojik muayenede sol maksiler sinüsün normal görünümünden daha bulanık bir radyolüsentliğe sahip olduğu ayrıca kalmış köklerin ve üçüncü azı dişinin sinüsle irtibatlı olduğu saptandı. (Resim 1) Yapılan aspirasyon biyopsisinde, enfekte kist sıvısı aspire edildi. Alınan BT'de lezyonun tüm sol maksiler sinüsü kapladığı ve burun yan duvarını

* Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Cerrahi A.D, Erzurum, TÜRKİYE

Not: Bu makale "Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği 14. Uluslar arası Kongresinde (31 Mayıs-4 Haziran 07 - Belek/ANTALYA)" poster olarak sunulmuştur.



rezorbe ettiği ayrıca göz tabanına kadar ulaştığı gözlemlendi. (Resim 2) Lokal anestezi altında Caldwell-Luc operasyonu uygulandı. Operasyonda, tuber, infraorbital, infiltratif ve palatinal anestezileri takiben öncelikle sol birinci küçük azı dişinin hemen distalinden üçüncü azı dişinin distaline kadar sirküler ve kret tepesinden de düz bir insizyon atılarak başlandı ve insizyonun başlangıç ve bitiş bölgelerinden vestibülden vertikal insizyonlar ile insizyon tamamlandı. Takiben bölgeden zarf flep kaldırılarak kiste ulaşıldı. (Resim 3) Kist kapsülüyle birlikte enüklue edildi. Bölgede kalmış kökler ve üçüncü büyük azı dişi çekildi. Kemik kenarları düzeltilip kanama kontrolü yapılarak flep primer olarak kapatıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda, lezyonun radiküler kist ile uyumlu olduğu rapor edildi. Operasyonu takiben 8. ayda hastanın kontrolü yapılmış ve herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır. (Resim 4)

Hastanın kliniğimizde kontrolleri devam etmekte olup protetik tedavi için ilgili anabilim dalına yönlendirilmiştir.



Resim 1: Pre-operatif panoramik görünümü.



Resim 2: Pre-operatif paranasal sinus BT görünümü.



Resim 3: Maksiller sinüste ki kitle lokal anestezi altında enüklue edildi.



Resim 4: Postoperatif 8. aydaki radyografi.

TARTIŞMA

Radyografik olarak radiküler kistler genellikle periapikal bölgede, oval veya armut şeklinde, unilokuler radyolüsent lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Genellikle ince bir kortikal kemikle sınırlanmışlardır ve çok büyük boyutlara ulaşmazlar⁶. Bununla birlikte büyük radiküler kistler nadiren ortaya çıkar ve belli boyutlara ulaştıkları zaman ise odontojenik keratokist veya dentigeröz kist gibi patolojileri düşündürürler⁷. Bizim vakamızda ise radiküler kist, alışılmadık şekilde maksiler sinüsü tamamen kaplamıştı ve hatta burun yan duvarında rezorbsiyona sebep olmuştu.

Odontojenik kistlerin maksiller sinüse yayılmaları kistlerin tiplerinden çok lezyonun sinüse olan yakınlığı ile ilişkilidir. Enflamatuvar kistler simetrik ekspansiyon yaparlar ve kemiğin zayıf olduğu alanlardan sinüs gibi boşluklar kolayca yayılabilirler ve bu nedenle çoğu zaman sinüs boşluğunu tamamen doldurana kadar fasiyal asimetriye yol açmazlar ve geç teşhis edilebilirler. Dolayısıyla maksiller sinüs odontojenik kist ve tümörlerin kolayca ulaşabildiği potansiyel bir boşluktur. Sinüs boşluğu normal şartlarda radyolüsent bir boşluktur, kistik lezyonlar kemik içerisinde radyolüsent görünmekle birlikte sinüse yayıldıklarında sinüs boşluğuna göre kısmen radyopak görünürler ki bunun sebebi dansite farklılığıdır. Ayrıca sinüs boşluğu ile kist kapsülü arasında radyopak bir çizgi mevcuttur ki buda kistlerin teşhisini kolaylaştırır^{8,9}. Vakamızda, panoramik radyografide kistin radyografik görünümünü normal sinüs den biraz daha bulanık bir radyolüsentliğe sahipti. Bununla birlikte, kist maksiler sinüsü tamamen kaplayacak boyutlara ulaştığı ve hatta burun yan duvarını rezorbe ettiği ve ayrıca kist enfekte olduğu için, hastada şiddetli ağrı, postnasal akıntı ve vestibül sulkusta ekspansiyon gibi çeşitli semptomlar mevcuttu. Ayrıca kist hastanın maksiler sol üçüncü molar dişinin köklerini de içine almış ve bu dişte mobilite başlatmıştı.

Maksiller sinüsü içine alan, tümörler, fibroosseos hastalıklar, mukosel ve çeşitli odontojenik kist gibi lezyonlar maksillada ekspansiyona sebep olabilirler³. Özellikle, retansiyon psedö kistler, odontojenik kistlerle benzer görünüm vermesine rağmen etrafında bir korteks olmaması ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır⁹. Bu patolojilerden kistlerin radyolojik olarak teşhisi nispeten kolay olmasına karşın, özellikle maksiller sinüsü kaplayan patolojilerin

teşhisi ve bu patolojilerin büyüklüğünün tespiti konvansiyonel radyografik yöntemlerle zor olmaktadır. Kistlerin, çenelerdeki muhtemel diğer patolojilerden ayırt edilebilmesi için magnetik rezonans görüntüleme (MRI) ile ekstra bilgiler elde edilebilir¹⁰. Bununla birlikte bilgisayarlı tomografi (BT) ile kistler; solid tümörler veya fibroosseos lezyonlar gibi çeşitli patolojilerden kolayca ayırt edilebilir³. Vakamızda hastadan alınan konvansiyonel radyografiler ile maksiler sol bölgedeki lezyonun sınırları tam olarak tespit edilememiş, bu yüzden BT çekilerek radyografik inceleme desteklenmiştir.

Radiküler kistlerin tedavisi genellikle etken dişin veya dişlerin apikal rezeksiyonu ile birlikte kist enükleasyonunu kapsar. Bazı durumlarda özellikle kist ile ilişkili dişlerde ciddi mobilite mevcut ise ilgili dişlerin ve bölgede kalmış köklerin çekimi gerekir⁶. Kistlerin tedavilerinde, radikal cerrahiye alternatif bir tedavi olarak marsüpyalizasyon önerilebilir. Bu şekilde özellikle genç erişkinlerde kistin belirli bir miktar küçültülmesi ve daha sonra kistin enükleasyonu düşünülebilir¹¹. Fakat bu tedavinin; uzun sürmesi, iki aşamalı bir cerrahi tedavi gerektirmesi ve en önemlisi marsüpyalizasyonun major dezavantajı olan kist epitelinin insi tu karsinomaya proliferere olma riski gibi dezavantajları unutulmamalıdır^{11,12}. Vakamızda kistin enfekte olması, hastanın rutin kontrollere gelememe ihtimali olması gibi sebeplerden dolayı kistin enükleasyonu gerçekleştirildi.

Sonuç olarak bu makalede, maksiler sinüste ender olarak rastlanan; göz tabanına kadar ulaşmış ve burun yan duvarını rezorbe etmiş olan bir radiküler kist vakasının cerrahi olarak tedavisi sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- 1- 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(8):500-7.
- 2- Bataineh AB, Rawashdeh MA, Al Qudah MA. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. Quintessence Int. 2004; 35(10):815-9.



- 3- Han MH, Chang KH, Lee CH, Na DG, Yeon KM, Han MC. Cystic expansile masses of the maxilla: differential diagnosis with CT and MR. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1995; 16(2):333-8.
- 4- Altas E, Karasen RM, Yilmaz AB, Aktan B, Kocer I, Erman Z. A case of a large dentigerous cyst containing a canine tooth in the maxillary antrum leading to epiphora. *J Laryngol Otol.* 1997; 111(7):641-3.
- 5- Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Pugliesi DM. Conservative treatment of a radicular cyst in a 5-year-old child: a case report. *Int J Paediatr Dent.* 2003; 13(6):447-50.
- 6- Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiographics.* 1999; 19(5):1107-24.
- 7- Dimitroulis G, Curtin J. Massive residual dental cyst: case report. *Aust Dent J.* 1998; 43(4):234-7.
- 8- White, Pharaoh. *Oral Radiology - Principles and Interpretation; Fifth Edition; Mosby 2000:589-90*
- 9- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & maxillofacial pathology, Philadelphia, New York, WB Saunders Co; 2002: 589-93.*
- 10-Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Shigehara H, Yanagi Y, Kishi K. MR imaging of epithelial cysts of the oral and maxillofacial region. *Eur J Radiol.* 2003; 48(2):178-82.
- 11-Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2002; 62(1):25-9.
- 12-Ertas U, Yavuz MS. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61(6):728-30.

Yazışma Adresi:

Mutan Hamdi ARAS

Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi
Cerrahi A.D, 25240
Erzurum, TÜRKİYE
Tlf No: 442-231 17 47
Fax No: 442-236 09 45
E-mail: mutanhamdi@hotmail.com

