

MAKSİLLER SİNÜSÜ KAPLAYAN BÜYÜK BİR RADİKÜLER KİST (VAKA RAPORU)

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

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ASLAN*

Yrd. Doç. Dr. Göksel KAYA*

Prof. Dr. Ertunç DAYI*

Arş. Gör. Dt. Ümit YOLCU*

Arş. Gör. Dt. Mutan Hamdi ARAS*

ÖZET

Odontojenik orijinli maksiler sinüs kistleri literatürde iyi bir şekilde belirtilmiştir. Bu lezyonların çoğu etkilenen dişin apeksini içine alan iyi sınırlı radyolüsent bir lezyon olarak ortaya çıkar. Burada maksiller sinüsü kaplayan alışılmamış büyüklükte bir lezyon sunulmuştur. Lezyon etkilenen bölgede ağrıya da sebep olmuştur. Tedavisi, postoperatif herhangi bir komplikasyon olmaksızın, cerrahi olarak yapıldı.

Anahtar Kelimeler: *Kist, Radiküler kist, Maksiler sinüs kistleri, Kistlerin cerrahi tedavisi*

ABSTRACT

Cysts of the maxillary sinus of odontogenic origin have been well documented in the literature. Most of these lesions involve the apex of the offending tooth and appear well-defined periapical radiolucency. Presented here is a case of an unusually large lesion, which involved the entire maxillary sinus. The lesion also caused pain on the affected side. The lesion was removed with surgically treatment without any postoperative complications.

Key Words: Cyst, Radicular cyst, Maxillary sinus cysts, Surgical cyst treatment.

GİRİŞ

Kistler nispeten yaygındır ve vücudun hemen her organ veya dokusunda karşılaşılabilen lezyonlardır. Özellikle baş-boyun bölgesi ve çeneler, kistlerin müsterek olarak daha yaygın ortaya çıktığı bölgelerdir¹.

Radiküler kistler çenelerin enflamatuvar kistleridir ve odontojenik kistlerin en yaygınlarıdır. Eğer bir çürük kavitesi pulpa dokusunu ulaşır ve bunu takiben periapikal dokularda kronik inflamatuvar granülasyon dokusu ortaya çıkarsa, bu durum kistik bir lezyonun oluşmasına sebep olabilir. Malessez epitel artıkları enflamasyon tarafından stimüle edilir ve genişleyen epitel dokusunun merkezindeki hücrelerin dejenerasyonunu takiben kist şekillenir. Sıvıyla dolan kavite çok katlı squamoz epitelle döşelidir ama maksiller dişlerin periapikalinden genişleyen ve maksiller sinüse ulaşan lezyonlar gibi bazı nadir vakalarda kist kavitesi yalnızca çok katlı silyalı kolumnar epitelle döşelidir²⁻⁶.

Çoğu kist asemptomatiktir, ama özellikle enfekte kistler bazen ağrıya sebep olabilirler. En fazla üçüncü dekatta ortaya çıkarlar ve görülme sıklığı erkeklerde biraz daha fazladır. Maksillanın anterior

bölgesinde daha yaygındır. Genellikle 5-15 mm çaplı küresel veya oval şekilli olmalarına rağmen antrumu tamamen dolduran vakalarda rapor edilmiştir. Küçük kistlerin tedavisi kanal tedavisi ve apikal rezeksiyondan oluşur. Daha büyük kistlerde ise ilişkili dişin çekimi gerekli olabilir. Ayrıca marsupyalizasyonda bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir².

VAKA RAPORU

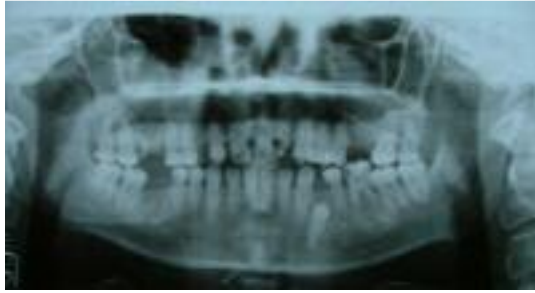
23 yaşında ki bir bayan 11 aydır devam eden maksiller sağ molar bölgesindeki şiddetli ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ek olarak hastada sağ yanak bölgesinde dolgunluk hissi ve postnasal akıntı gibi şikayetler mevcuttu. Yapılan klinik muayenesinde üst sağ çenede enfekte bir diş gözlemlendi. Baş-boyun bölge muayenesinde herhangi başka bir semptom bulunmadı ve lenf bezleri normaldi. Etkilenen diş non-vitaldi. Yapılan ponksiyonda enfekte kist sıvısı aspire edildi. Radyolojik muayenede sağ maksiler sinüste, üst sağ birinci azı dişinin apeksinden kaynaklanan ve apikale ve laterale doğru genişleyen radyolüsent bir lezyon saptandı (Resim 1,2). Alınan BT'de lezyonun sağ maksiler sinüsü kapladığı anlaşıldı (Resim 3,4,5,6).

* Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, ERZURUM



Daha sonra hastanın cerrahi tedavisi Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi kliniğinde yapıldı. Lokal anestezi altında Caldwell-Luck operasyonu ile maksiller sinüse ulaşarak lezyon kapsülüyle birlikte enükle edildi ve ilgili diş çekilerek flep primer olarak kapatıldı. Çıkarılan dokular histopatolojik olarak incelendi ve radiküler kist epiteli ile uyumlu olduğu rapor edildi.

Hastaya postoperatif bir hafta analjezik ve antibiyotik reçete edildi. Süturlar bir hafta sonra alındı. Operasyonu takiben 14. gündeki kontrolde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı (Resim 7). Bir ay sonra, kötü iyileşme dokusu ve ağrı yoktu. Hastanın üçüncü ayındaki kontrolünde protetik tedavi için engel olacak herhangi bir durum gözlenmedi ve hastaya gerekli tavsiyeler yapıldı (Resim 8). Ayrıca hastaya gömülü alt sol birinci premolar dişinin çekimi önerildi fakat semptomsuz olduğu için işlem hasta tarafından kabul edilmedi.



Resim 1: Pre-operatif panoramik görünümü.



Resim 2: Pre-operatif Water's Sinus radiografi görünümü.



Resim 3: Pre-operatif paranasal sinus CT görünümü.



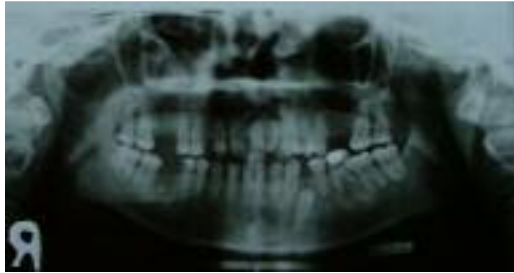
Resim 4: Pre-operatif paranasal sinus CT görünümü.



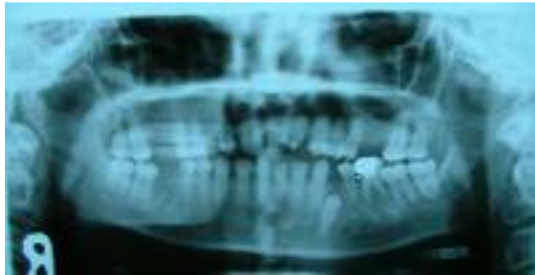
Resim 5: Pre-operatif paranasal sinus CT görünümü.



Resim 6: Pre-operatif paranasal sinus CT görünümü.



Resim 7: Post-operatif 14. günde alınmış panoramik radyogram.



Resim 8: Post-operatif 3. ayda alınmış panoramik radyogram.

TARTIŞMA

Odontojenik kistler maksillofasial bölgenin muhtemelen en yaygın lezyonlarıdır. Bu kistler genel olarak etiyolojilerine göre inflamatuvar ve gelişimsel olarak ikiye ayrılabilirler. Gelişimsel kistler; primordial kist, dentijeröz kist, erüpsiyon kisti ve gingival kistler olarak sınıflandırılabilir. Diğer taraftan inflamatuvar

kistler ise radiküler ve lateral periodontal kistlerdir². Dünya Sağlık Örgütüne göre ise çene kemiğinin tek inflamatuvar kisti; radiküler kisttir. Main ve Craig inflamatuvar kistlerin diğer şekilleri olarak inflamatuvar kollateral kist ve paradental kisti öne sürmüşlerdir¹. Radiküler kistler; enfekte ve nekrotik pulpal dişlerin apeksinde yer alan inflamatuvar çene kistleridir.

Simon; radiküler kistleri, tabanı epitel ile döşeli, kavitesi tamamen kapalı gerçek kistler ve tabanı epitel ile döşeli ancak bir dişin kök kanallarına açılan apikal cep kistleri olmak üzere iki kategoriye ayırmıştır^{3,4,6}. Vakamızda maksiller sağ I. molar diş kistle ilişkili olduğu için kavite apikal cep kisti olarak sınıflandırılabilir. Operasyonu takiben yapılan histopatolojik inceleme sonucu lezyon radiküler kist ile uyumlu bulunmuştur.

Radiküler kistler yavaş büyürler ve genellikle çok büyük boyutlara ulaşmazlar. Kist kavitesi enfekte olmadıkça genellikle ağrıya sebep olmaz. Geniş kistler dişlerde mobilite ve vitalite kaybına sebep olabilirler⁷. Hastamızın ağrı şikayetlerinin kist kavitesinin enfekte olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Vakamızdaki radiküler kistle ilişkili maksiller sağ I. molar dişte mobilite yoktu ve elektrikli pulpa testi sonucu negatifti.

Birçok klinisyen kök kanal terapisinden sonra radiküler kistlerin büyük bir kısmının iyileşeceği görüşündedir^{3,8,9}. Hatta bu başarı çoğu klinisyen tarafından %85-90 olarak kaydedilmiştir^{3,4,8,9,10}. Fakat, tedavi sırasında herhangi bir apikal lezyonun histolojik durumu tam olarak bilinmemekte ve başarılı-başarısız vakalar ayırt edilememektedir^{3,8}. Çoğu klinisyen, 1cm'den küçük lezyonlarda konvansiyonel endodontik tedaviyi tavsiye etmektedir ancak daha geniş lezyonlarda ise tedavi tartışmalıdır. Ayrıca bu klinisyenler konvansiyonel endodontik tedaviyi takiben iyileşmenin değerlendirilmesi için en az bir yıl beklenilmesi gerektiğini savunurlar. Ancak bu sürenin sonunda iyileşme görülmediği takdirde ise cerrahi yollara başvurulması gerektiğini savunmaktadırlar⁴. Bununla birlikte bazı yazarlar kistik lezyonlardan, 3 cm'den küçük olanlarının epiteliyle birlikte tamamen enükleasyonunu önermekteyken 3 cm'den büyük lezyonlar için marsupyalizasyon önermektedirler^{6,10}. Olgumuzdaki kist kavitesi enfekte olduğu ve ayrıca ileri derecede ağrıya sebep olduğu için diş çekilerek kist kapsülüyle birlikte enükle edilmiştir. Radiküler kistler yaygın olarak non-keratinize squamoz epitel ile döşelidir^{7,12,13}. Vakamızın patoloji sonucunda da bu



bilgiyle uyumlu olarak kist kapsülünün squamoz epitel ile döşeli olduğu belirtilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1- Vele DD, Sengupta SK, Dubey SP, Dokup MK. Cystic lesion of the nasal cavity and the paranasal sinuses: report of two unusual cases. *J Laryngol Otol.* 1996 Dec;110(12):1157-60.
- 2- [Baer ST, Drysdale A, Moore-Gillon V.](#) Giant radicular cyst in the maxillary antrum presenting with chronic epiphora. *J Laryngol Otol.* 1988 Apr;102(4):365-7.
- 3- Nair PNR Review New perspectives on radicular cysts: do they heal? *International Endodontic Journal* 1998; 31:155-160.
- 4- Rees JS. Conservative management of a large maxillary cyst. *International Endodontic Journal* 1997; 30: 64-67.
- 5- Walton RE. The residual radicular cyst: does it exist? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996; 82 (5):471.
- 6- Aslan M, Şimşek G. Large residual dental cyst (A case report). *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.* 2002; 12(3): 45-49.
- 7- Delbem ACB., Cunha RF., Vieira AEM., Pugliesi DMC. Conservative treatment of a radicular cyst in a 5-year-old child:a case report. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2003; 13: 447-450.
- 8- Nair PNR, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81: 93-102.
- 9- Nair PNR., Sjögren U, Schumacher E, Sundqvist G. Radicular cysts affecting a root-filled human tooth: a long term post-treatment follow-up. *International Endodontic Journal* 1993; 26: 225-233.
- 10- Bhaskar SN. Nonsurgical resolution of radicular cysts. *Oral Surg.*1972; 34: 458-468.
- 11- Bodner L. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large mandibular cysts:A radiographic computed analysis of 27 consecutive cases *J Oral Maxillofac. Surg.* 2000; 58: 949.
- 12- Antoh M, Hasegawa H, Kawakami T, Kage T Chino T, Eda S. Hyperkeratosis and atypical proliferation appearing in the lining epithelium of a radicular cyst. Report of a case *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 1993; 21: 210-213.
- 13- Ludinghausen MC., Schindler G., Matsuura M. Follicular or dentigerous (Tooth-Containing) cyst in the premaxilla of an otherwise edentulous 65-year-old man. *Clinical Anatomy* 2001; 14: 95-101.

Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ASLAN

Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi
Anabilim Dalı -ERZURUM

Tel: (442) 2313562

Fax: (442) 2360945

e-mail: drmaslan@yahoo.com

