

ODONTOJENİK KERATOKİST

Derviş YILMAZ* Cansu AYTEMİZ** Tülin OYGÜR***

GİRİŞ

1876'da Mikulicz'in belirttiği ve 1956'da Philipsen'in tanımladığı odontojenik keratokist çenelerin odontojenik kistlerindedir (4). Genellikle hayatın ikinci ve üçüncü dekartında ve her iki çenede fakat daha sıklıkla alt çenede lokalize olurlar. Yüzde 56.9'u erkeklerde teşhis edilen keratokistler bütün çene kistlerinin yüzde 7.8'ini oluştururlar (7).

Asemptomatik olarak büyüyen ve devital dişlerle ilişkisi olmayan bu kistler kortikal ekspansiyona hatta perforasyona ve dişlerde migrasyona neden olabilirler (3, 8). Klinik olarak tanımlanamayan odontojenik keratokistlerin kesin teşhisi ancak mikroskopik olarak yapılabilmektedir (3,7). Radyolojik olarak diğer kemik kistlerinden farklılık göstermezler (5). Lümeni yoğun keratinle dolu kiste benzer radyolüsent görüntü verirler (3,7). Nonodontojenik ve diğer odontojenik çene kistleri ile de ayırıcı teşhisleri yapılmalıdır. Tedavisinde cerrahi olarak enükleasyonu gerekli olan bu kistlerde rekürrens sıklıkla görülmektedir (1,8).

Radyolojisi ve kliniği açısından lateral periodontal kist teşhisi konarak cerrahi müdahaleyi takiben histopatolojik tetkiki sonunda odontojenik keratokist tanısı konan vakamızı takdim ediyoruz.

(*) G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. ABD., Yrd. Doç. Dr.

(**) G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı, Dt.

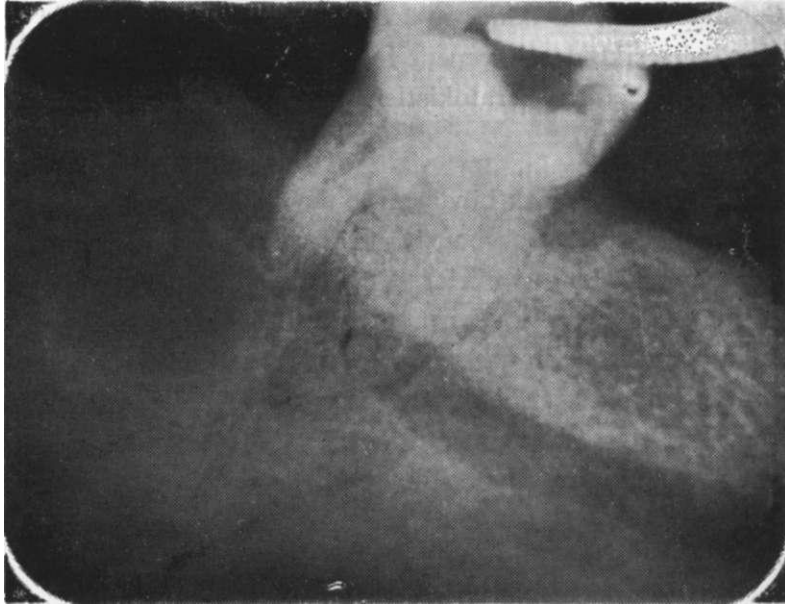
(***) G.Ü. Dişhek. Fak. Patoloji Bilim Dalı, Dr.

ODONTOJENİK KERATOKİST

Vaka Raporu:

A.A. isimli 29 yaşındaki erkek hasta G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı polikliniğine 23.6.1987 tarihinde başvurdu.

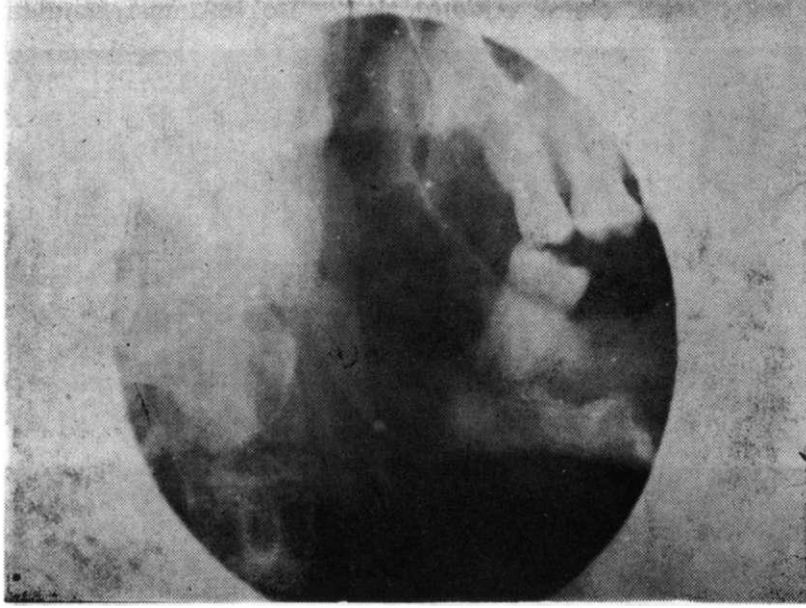
Hastanın anamnezinde sistemik bir rahatsızlığı olmadığı belirlendi. Solt alt çenesinde 3. molar diş çevresinde lokalize, periyodik aralıklarla nüks eden künt ağrılardan şikayetçi idi. Ekstraoral muayenede kayda değer bulgu gözlenmedi. Yapılan intraoral muayenede ise sol alt çenede birinci ve ikinci molar dişlerin eksik olduğu ve yatay perküsyona duyarlı üçüncü molar dişin bölgede varlığı görüldü. Radyolojik muayenede alınan periapikal grafide ilgili dişin distalinde geniş bir radyolüsent alan tesbit edildi (Resim 1). Bu



Resim 1 : Hastadan alınan periapikal radyografi.

nedenle lateral çene grafisi alındı. Üçüncü molar dişin distalinde 1 cm çapında ovoid radyolüsent alan teşhis edildi (Resim 2).

Hasta premedike edilerek (Diazem 2 mg + Novalgine 1 cc) lokoregional anestezisi altında ameliyata alındı. Kret üzerinden ramus mandibulaya devam eden ensizyonu takiben flep kaldırıldı.



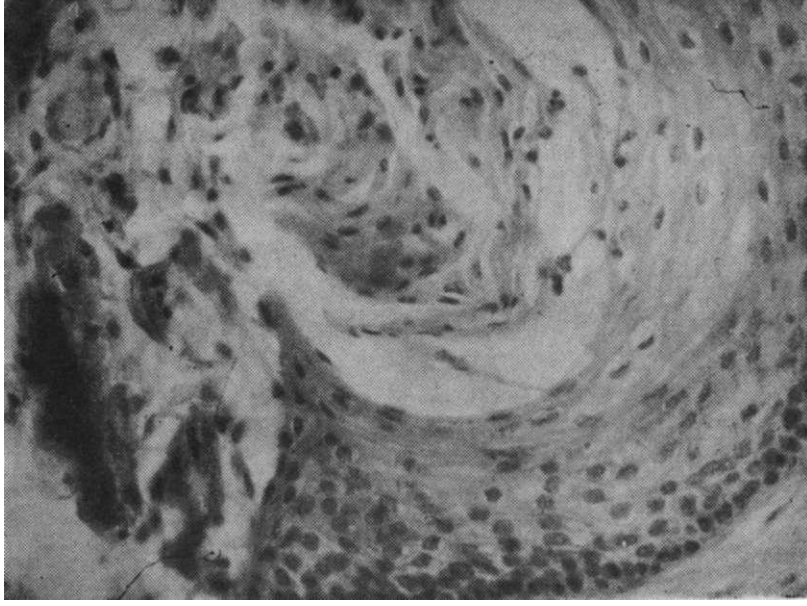
Resim 2 : Hastadan alınan (lateral çene grafisi.

Üçüncü molar diş, klasik çekim teknikleri ile ekstre edildi. Dişin distal tarafından kemik freze edilerek kaldırıldı. Kitle enükle edildi. Operasyon cerrahi disiplinler altında bitirildi. Çıkartılan kitle histopatolojik takibe alındı.

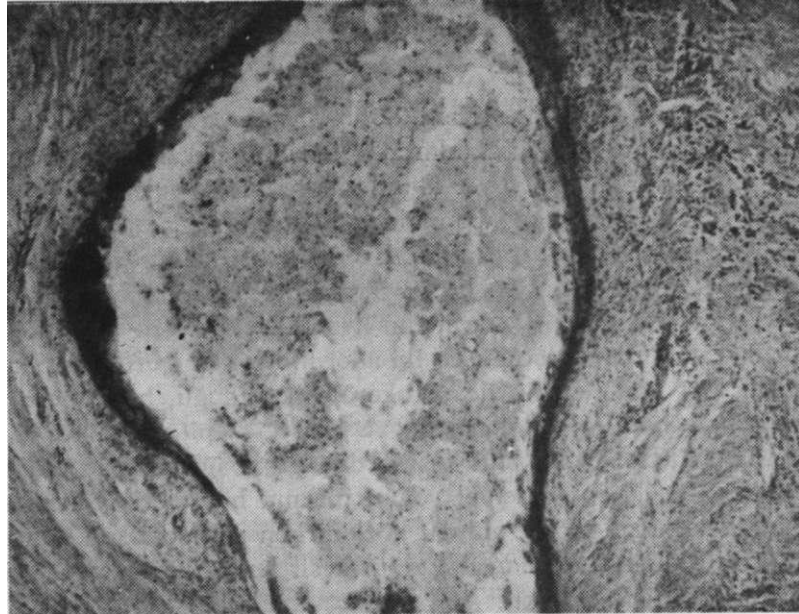
Mikroskopik Bulgular : Kisti döşeyen çok katlı yassı epitelin ortokeratotik olduğu; bazı alanlarda epitel hücrelerde intrastoplazmik ödemin yer aldığı; yer yer akantotik oldukları izlendi. Yer yer epitelyal bazal hücrelerin subepitelden iyice ayrıldığı, lümeneye doğru uzanan ve üzeri 1 - 2 sıralı atrofik epitel ile örtülü bir projeksiyon meydana getirdiği dikkati çekti. Mikroskopik olarak bir bölgede kalınlaştığı saptanan kist duvarının hyalinize kollagen bantlardan zengin bağ dokudan oluştuğu ve iki adet mikrokist içerdiği dikkati çekti. Bu kist epitelinin de ortokeratotik olduğu, bir tanesinde lümen içinde dökülmüş dejeneratif ve nekrotik epitelin yer aldığı izlendi. Kist duvarının bazı kesitlerde olgun bağ dokudan oluştuğu, bazı kesitlerde subepitelyal yoğun plazma hücreleri ve lenfosit ile ödemli dokudan ibaret olduğu gözlenirken makroskopik olarak sap biçimli olduğu saptanan dokunun kesif lenfosit ve plazma hücreleri içerdiği dikkati çekti.

ODONTOJENİK KERATOKİST

Mikroskopik olarak odontojenik keratokist tanısı konuldu.



Resim 3 : Lezyonun histopatolojik görünümü.



Resim 4 : Lezyonun histopatolojik görünümü.

TARTIŞMA

Mine epiteli veya malessez kalıntılarında daha ziyade çenelerdeki dental lamina artıklarından menşei alan odontojenik keratokist, bütün çene kistlerinin yüzde 7.8'ini, dentigeröz kistlerin yüzde 8.5 ve radiküler kistlerin de yüzde 0.9'unu oluşturmaktadır. Shafer'e göre de primordial kistlerin yüzde 45'ini teşkil etmektedir (7).

Brannon, hiçbir spesifik klinik bulgusu olmayan odontojenik keratokistli hastaların yüzde 50'sinde ağrı, yumuşak doku şişliği ve kemikte ekspansiyon drenaj ve parestезinin görülebileceğini belirtmiştir (1). Radyolojik olarak uni veya multilokuler radyolüsent alanlar şeklinde görülürler. Hastamızdaki bulgular Allan'ın kriterleri ile uyum sağlamaktadır.

Agressif ve destrüktif lezyon olan odontojenik keratokistin (1) cerrahi tedavisi endikedir. Sıklıkla da primordial kist, ameloblastoma, travmatik kemik kisti, dentigerous kist, neoplastik değişiklikler ve radyolüsent görüntü veren diğer lezyonlarla karıştırılabilir (7, 8). Basal celi nevus sendromu ile de ilişkisi daima göz önünde bulundurulmalıdır. Cementifying veya ossifying fibroma, giant cell reparatif granuloma ile benign nonodontojenik tümörlerle lokalizasyonlarındaki farklılık ayırıcı kriteri oluşturmaktadır (7).

Cerrahi müdahale öncesi, klinik ve radyolojik olarak keratokist teşhisi çok zordur. Biokimyasal teşhis kriterleri üzerinde çalışmalar vardır. Bunlardan biri keratokist antijenidir. Bu antijenin keratinize kist sıvılarında spesifik olarak lokalizasyonu ayırıcı bir kriterdir (9).

Magnusson, odontojenik keratokist ile diğer odontojenik kistler arasında metabolik farklılıklar olduğunu histokimyasal enzimatik çalışmalarında vurgulamıştır (6).

Keratokistten aspire edilen kist sıvısının total soluble protein konsantrasyonunun diğer non-keratinize odontojenik kistlerinkinden daha düşük olduğunun (<4.0 gr/100 ml) belirtilmesi ayırıcı teşhiste yardımcı olmaktadır (2).

Kati teşhis metodunun histopatolojik tetkik olmasının yanı sıra computer tomografisi de kesin teşhise yardımcı olabilmektedir (5).

ODONTOJENİK KERATOKİST

Agressif davranış gösterebilen odontojenik keratokistin klinik ve histolojik olarak teşhisi zaruridir. Zira rekürrens sıklığı ve neoplastik potansiyelinin olması nedeniyle sıklıkla basal cell nevus sendromu ile ilişkisi vardır. Takdim edilen bu vaka, radyografik ve klinik tetkiklerinin yanı sıra histolojik kontrollerinde yapılması zorunluluğunu vurgulaması açısından ilginç bulunmuştur.

ÖZET

29 yaşında erkek hastada radyolojik olarak saptanan ve histopatolojik olarak tanımlanan odontojenik keratokist vakası bildirilmiştir.

SUMMARY

ODONTOGENIC KERATOCYST

A case of odontogenic keratocyst which was recognized radiographically and diagnosed histopathologically in a male patient of age 29 has been reported.

KAYNAKLAR

- 1 — Allan, M.F. et al: Orthokeratinized odontogenic cyst presenting as a periapical lesion. J. of Endodontic, 12 (11) : 539-541, 1986.
- 2 — Douglas, C.W., Craig G.T. : Recognition of protein apparently specific to odontogenic keratocyst fluids, J. Clin. Pathol. 39 : 1108 - 1115, 1986.
- 3 — Eversole, L.R. : Clinical outline of oral pathology, 2nd ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1984.
- 4 — Eyre, J., et al. : The conservative management of large odontogenic keratocysts, Br. J. of Oral and Maxillofac. Surg. 23 : 195-203, 1985.
- 5 — Mackenzie, G.D., et al. : Computed tomography in the diagnosis of an odontogenic keratocyst, Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 59 : 302-305, 1985.

Derviş YILMAZ, Cansu AYTEMİZ, Tülin OYGÜR

6 – Magnusson SG : In vitro growth characteristics of human odontogenic keratocysts and dentigerous cysts J Oral Pathol. 15: 143-145 1986.

7 – Wood, NK, Goaz, PW : Differential diagnosis of oral lesions, 2nd ed. C.V. Mosby Comp London 1980

8 – Wright, BA., et al. : Odontogenic keratocysts presenting as pariapical disease, Oral Surg. 56 (4) : 425-429, 1983

9 – Ylipaavalniemi, KP., et al. : The relationship between the keratocyst antigen and keratin, J. Oral Pathol. L.: 15: 287-291, 1986.