

Ağız boşluğunda meydana gelen Kist'lerin sınıflandırılması ve Patolojik olarak değerlendirilmesi

Dr. Yılmaz MANİSALI (*)

Ağız boşluğunda meydana gelen kistlerin teşhisi ancak o lezyonun klinik, anatomik, radyografik, histolojik tetkiklerin değerlendirilmesi ve hastanın geçmiş hikâyesinin esaslı olarak tesbiti ile mümkün olabilir. Çoğu zaman bu bölgede meydana gelen ve röntgen resminde kistlere benzeyen başka lezyonlara rastlanmaktadır. Bunlar arasında kronik periapikal iltihaplar, (granulomalar), travmatik kemik kistleri, santral fibromalar, dev hücreli repetitiv granulomlar, bazı neoplazmalar, metabolizma bozukluğu neticesinde meydana gelen kistik osteitis fibroza, fibroz displazia, osseoz displazia ve xantomalar sayılabilir.

Kistler kendi aralarında da lokalozasyonları, etiyolojileri, histolojik yapıları ve içlerinde ihtiva ettikleri sıvıları bakımından farklı durumlar göstermektedir. Bu sebeplerden dolayı ağız boşluğundaki kist lezyonlarının esaslı teşhisi için kullanışlı bir sınıflandırma ve uygun bir tarif gerekmektedir. B l a n d - S u t t o n (1922), M e a d (1940), K a n t o r o w i c z (1943), R o b i n s o n (1945), T h o m a - B a r n i e r - R o b i n s o n (1954) gibi müellifler kistlerin sınıflamasını yapmışlarsa da bunlardan hiçbirisi tam olarak ihtiyacı karşılayamamıştır.

Ağız boşluğunda meydana gelen ve aynı karakteri taşıyan kistler değişik müellifler tarafından başka başka isimler altında incelenmiştir. Bu bakımdan bilhassa memleketimizde meslektaş-

(*) İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastahkları ve Tedavisi Kürsü Doçenti.

larımız bir kistin hangi sınıfa sokulması konusunda haklı olarak bazan tereddüte düşmektedir. Bu bakımdan meslektaşlara faydalı olacağı düşüncesiyle bu yazıda R o b i n s o n - K o c h - K o l a s ' ın (1956) yapmış oldukları ve kistlerin klinik durumları dikkate alınarak hazırlanmış olan sınıflandırma esas olarak alınmış ve buna histopatolojik bulgular ilâve edilmiştir. Bu müelliflerin yapmış oldukları sınıflandırma aşağıda gösterilmiştir:

I. GELİŞİM ESNASINDA MEYDANA GELEN KİSTLER

A — Diş orijinli kistler

1 — Periodontal kistler (dento-periostal, dento-alveolar, kök kistleri, apikal kist)

a — Periapikal

b — Lateral

c — Residual

2 — Dentogerous kistler (foliküler)

a — Kistik odontom

b — Erupsiyon (indifa)

c — Residual

3 — Perimordial kistler (foliküler)

B — Diş orijinli olmayan kistler

a — Nasoalveolar (nasolabial)

b — Median (medial palatin)

c — İnsisiv kanal (nasopalatin kanal)

d — Globulomaksilar

2 — Brankial yarı kistler

a — Dermoid ve epidermoid

b — Brankial kleft (cervikal)

c — Thyroglossal kanal

II. NEOPLASTİK KİSTLER

A — Ameloblastoma (adamantinoma, adamantoblastoma, multiloküler kist)

B — Mikst odontojenik tümör

III. RETANSİYON KİSTLERİ

A — Mukus kistleri

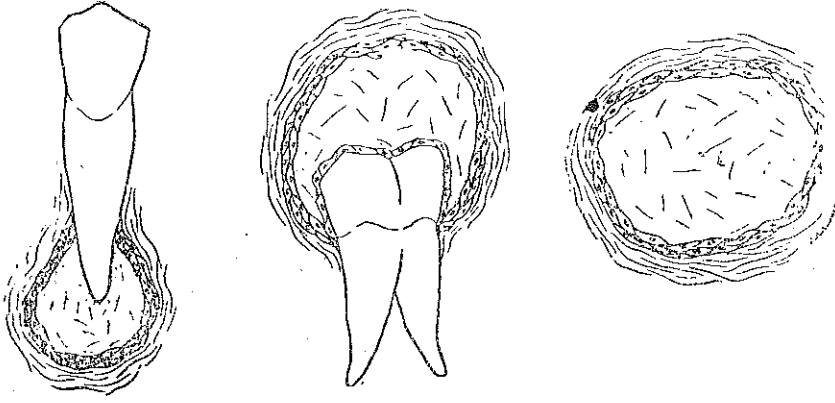
B — Ranula

Kist, organizmadaki doku içerisinde anormal olarak gelişen bir poş veya bir torba olarak tarif edilir. Kistler çoğu zaman bir membranla çevrilidir ve dışarı ile direkt bağlantısı yoktur. İçeriği sıvı, yarı sıvı veya gaz ile doludur. Ağız boşluğunda görülen kistler genellikle fibroz bir kapsül ile çevrilidir ve bu fibroz dokunun iç yüzeyi çoğu zaman epitel ile kaplıdır.

Dış hekimleri ağız boşluğunda bir şişlik gördükleri zaman veya radyografide kemik içerisinde radyolusan bir saha ile karşılaştıkları zaman kist mevcudiyetini düşünmelidirler. Bununla beraber maksiller sinuslar, foramen mentaleler, foramen insisivum, burun tabanı gibi anatomik boşluklar da radyografide kist intibasını verebilirler. Ayrıca çene kemiklerinde bir travma, cerrahi bir müdahale, veya yumuşak doku ile yer değiştirme hâdisesi meydana gelecek olursa bu da kemikte radyolusan bir saha olarak görülür. Genel bir deyimle röntgen ışınlarını kolaylıkla geçiren kist, apse, benign ve malignat tümörler, kemik kavimleri, bağ dokusu, yağ dokusu, sinir dokusu, röntgen filminde radyolusan bir saha olarak görülürler. Teşhiste klinik bulguların, radyografideki bulgulara ilâve edilmesi gerekir. Hatta icabederse histolojik araştırma da yapılmalıdır. P r i e b e, L a z a n s k y, W u e h r m a n n ' a (1953) göre granuloma ile kisti birbirinden radyografide ayırt etmek mümkün değildir. Onlara göre röntgendeki bulgunun değeri teşhis için değil, lokalizasyon için bir kıymet ifade etmektedir. Hakikaten çoğu zaman periodontal kist ile granulom arasında, eğer granulomda epitel proliferasyonu varsa, gerek radyografik olarak ve gerekse histolojik olarak bir tefrik yapmak mümkün değildir. (Robinson 1956). Bu gibi durumlarda teşhisin klinik olmaktan ziyade akademik yönden değeri vardır.

Dış orijinli kistler:

Periodontal kistler: Periodontal kistler periodontal aralıkta meydana gelir, iç tarafı epitelle kaplı bir torba şeklindedir. (Şekil: 1a). Çoğu zaman apeks civarında forme olurlarsa da bazan lateral tiplerine de rastlanır. Kist epiteli periodontal membranda mevcut olan epitel kalıntılarının iltihap prosesinin stimülasyonu ile proliferasyonundan meydana gelir.



Şekil 1.
A **B** **C**
Periodontal **Dentigerous** **Primordial**

Periapikal veya rediküler kistler ekseriya pulpası alınmış dişlerin apeksinde bir granulomu takiben meydana gelirler. Lateral kistler kök yüzeyi boyunca, ekseriya lateral bir apseyi takiben veya pulpa enfeksiyonunun bir yan kanal vasıtasıyla dışarıya yayılması ile meydana gelir (Resim: 1). Residual kistler ise kökünde



Resim 1.
Periodontal aralıkta açılan bir perforasyon sahasında kist epitelinin teşekkülü.

kist mevcut olan bir dişin çekiminden sonra, kistin bir parçasının periapikal bölgede kalması veya artık kalan bir granulomun kist haline dönmesiyle meydana gelirler (Resim: 3). Residual kistlerin bir kısmı da, retine kalan süt dişi köklerinden, iyice çıkarılmamış dentigerous kistlerin geriye kalan artıklarından meydana gelebilir.

Periodontal kistler 1 mm. den birkaç cm. kadar değişen çapta olabilirler. Üst çenede alt çeneden daha fazla görülürler (üst % 63, alt % 37). Stafne ve Millhon (1945) 500 vak'ada 151 vak'ayı residual, tipte, bulmuşlardır, 349 periapikal kistin de 120 si lateral dişlerden meydana gelmiştir.

Radyografide periodontal kistler apekte veya kökün lateral kısmında kemik içerisinde aşağı yukarı yuvarlak, radyolusan bir saha olarak görülürler (Resim: 2). Ekseriya iyi seçilebilen bir hu-

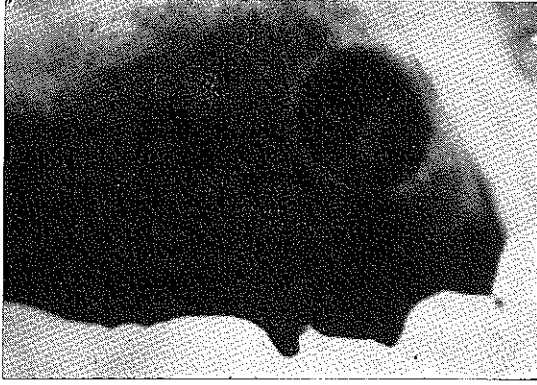


Resim 2.
Apikal kist.

dudu vardır. Eğer kist aktif devrede ise ve büyümesi devam ediyorsa, kemik hududunda opak olarak görülen kortikal kısım teşekkül edemez. Kist, statik duruma geçerse o zaman kortikal kemik kısmı opak bir çizgi halinde iyice tefrik edilir. Radyografide periodontal kistlerin granulomdan ayırtedilememesi ihtimali eğer granulom epitel proliferasyonu varsa variddir. Klinikte bu gibi durumlarda hastaya kist tedavisi tatbik edilmelidir.

Residual kistlerin teşhisinde, eğer kist lezyonunun yanında

bir kök parçası varsa, güçlük çekilmez (Resim: 3). Aksi halde bu tip kistlerin periodontal kistlerden mi, yoksa dentogeros kistlerin genellikle periodontal kistlerden geriye kalan artıklardan mı meydana geldiğini, anlamak güçtür.



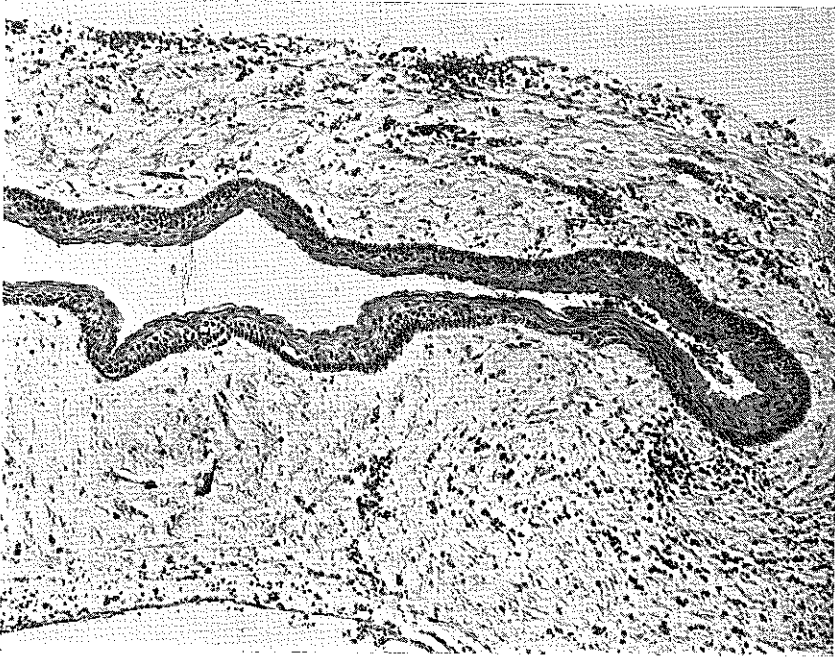
Resim 3.
Residual kist. Kist boşluğu içinde kalmış bir kök parçası

Periapikal kistlerin histolojik tetkikinde kist cidarının ekseriya çok katlı yassı epitel ile kaplı olduğu görülür. Eğer kist üst çenede sinüs civarında teşekkül etmişse bazan psödöstratifiye titretilmiş silindirik hücreli epitele de tesadüf edilir.

Çok katlı yassı epitel ekseriya keratin ihtiva eder, kalınlığı vak'adan vak'aya değişir (Resim: 4) Komşu bulunduğu bağ dokusuna proliferere olması nadirdir. Bazan epitel hücreleri arasında Goblet hücrelerine, (R u s h t o n - C o o k e, 1959). hyalinli teşekküllere rastlanır.

Epitele komşu olan bağ dokusundaki kollagen fibröz lifler paralel seyreden demetler halindedir. Hemen bunun altında çoğu zaman hücre infiltrasyonu görülür, bu hücreler kronik iltihap tablosunda gördüğümüz hücrelerdir ki, lenfosit, polimorf nüveli lökosit, plazmosit, ve Russell hücreleridir. Bazan, bilhassa kistin kollesterin billurları civarında yabancı cisim dev hücreleri bulunabilir. Ayrıca Foam hücrelerine, içleri lipoid dolu makrofajlara da rastlanabilir (Resim: 5).

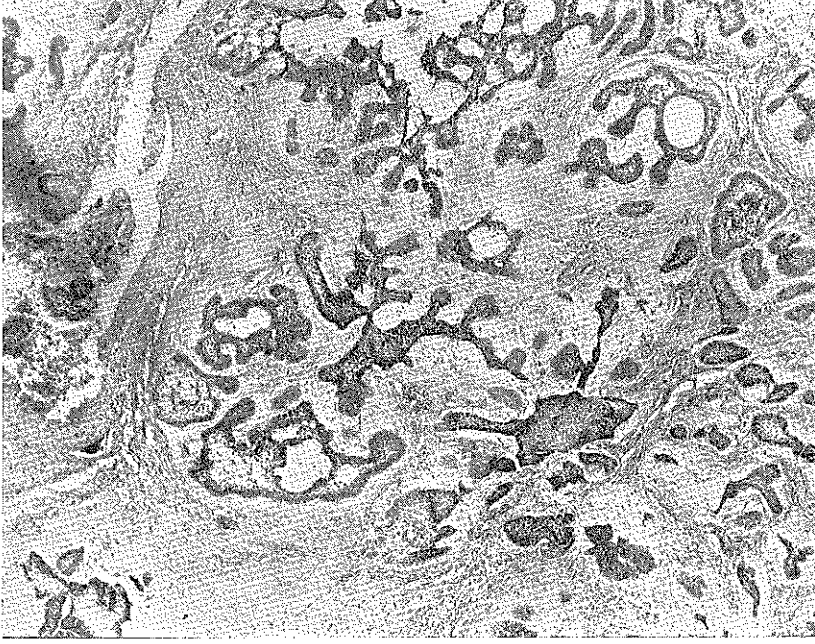
Epitel hücreleri arasında ameloblastlara da rastlanır. Bu durum radyografik olarak kist gibi görülürse de aslında adamantinomadır (L u c a s R. B. 1954). (Resim: 6).



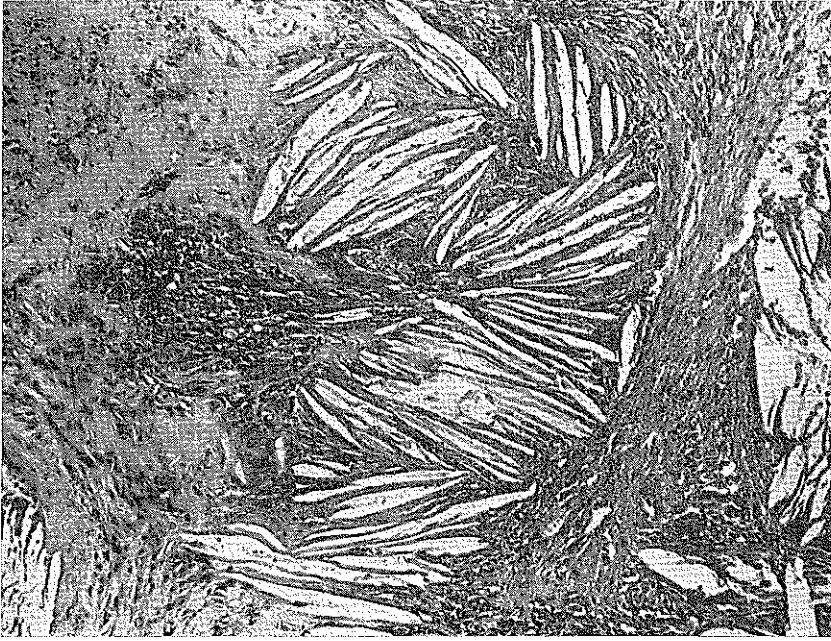
Resim 4.
Kist epiteli, Epitel çok katlı yassı epitel karakterindedir. X.—



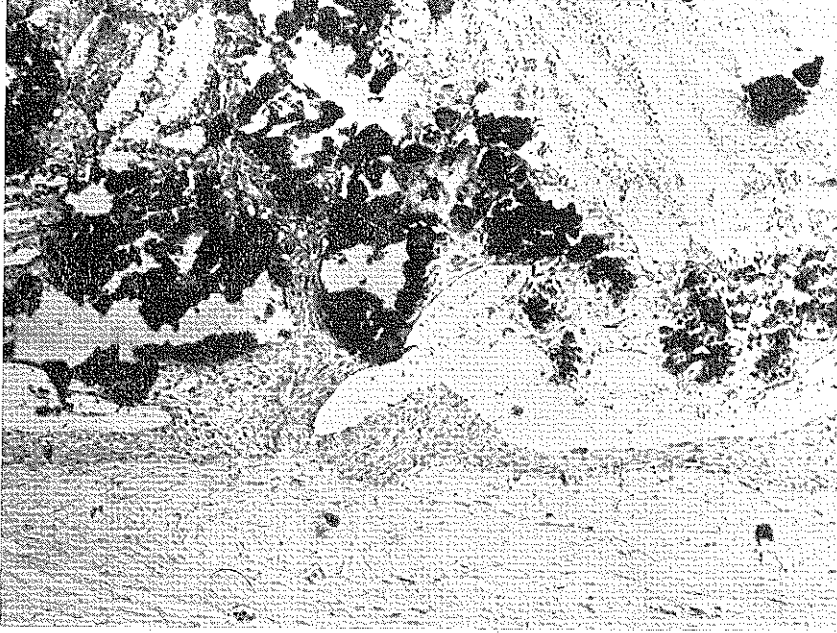
Resim 5.
Kist boşluğunda görülen köpük hücreleri, (Foam Hüc.) X.—



Resim 6.
Kistik adamantinoma



Resim 7.
Kist içerisinde kolestrin bllurları X.—



Resim 8.

Kist boşluğu içinde görülen «Rushton's Hyalin Body» leri X.—

Kist boşluğu hemen daima açık eozinofilik boyanır, düşük konsantrasyonlu proteinli bir sıvı ihtiva eder. Bu sıvıda bazan kollesterin billurları bulunur. Bu billurlar metalik kristallere benzerler ve ekseriya baklava şeklindedirler. Parafinle yapılmış kesitlerde boşluk olarak görülürler (Resim: 7) (Rushton - Cooke, 1959). Bazan da «Rushton's hyalin body»'leri bulunur (Resim: 8).

Residual kistlerde, histolojik durum yukarda tarif edilenlerin aynıdır, yalnız bazan bilhassa dişten meydana gelenlerde bir kök parçasına tesadüf edilir (Resim: 3).

Dentogerous kistler:

Dentogerous kistler normal veya anormal teşekkül etmiş kronların etrafında meydana gelirler, içleri epitel kaplı olan fibroz bir kapsül ile çevrelenmiştir. Mine epitelinin artıkları arasında veya mine ile dış mine epiteli arasında, bir sıvının dolmasıyle meydana gelirler. Ekseriya dişin kronunun etrafını kuşatırlar (Resim: 9). Şayet diş çıkarılacak olursa geriye kalan artıklar residual - dentogerous kistleri meydana getirirler Bunlar minenin mine-

ralizasyonunu tamamladıktan sonra teşekkül edrler. Eğer diş folikülünde veya jermine meydana gelirlerse o zaman foliküler kist denir.



Resim 9.
Dentigerus kist.

Dentogerous kistler dişlerin sürmeleri esnasında meydana gelirler ve diş yerini alınca, ağız boşluğuna açılırlar. Bunlar da radyografide aşağı yukarı yuvarlak ve etrafı muntazam boşluklar halinde görülürler. En çok alt akıl dişleri etrafında ve üst premollerde meydana gelirler.

Dentogerous kistlerin büyüklükleri ihtiva ettikleri kist sıvısının basıncına, ve kistin infekte olup olmamasına bağlıdır.

Normal indifa etmekte olan bir dişin etrafındaki folikül radyografide seçilebilir, eğer bu kısım normalden geniş gözükürse o zaman foliküler bir kistten şüph e etmek lâzımdır.

Foliküler kistler, sürnümeral, gömük kalmış dişler ve odontomlar etrafında da teşekkül ederler.

Histolojik muayenelerde dentigerous kistlerde diğer odontojenik kistler arasında büyük bir fark yoktur. Ancak bu tip kistlerin epitel cidarlarında bazan ađ şeklinde ameloblastların geliştiği görülmektedir. Onun için bu tip kistler hele alt büyük azılar

hizasından çıkarılmışlarsa mutlaka dikkatli bir histolojik muayene yapmak icabeder.

Primordial kistler :

Embriyolojik gelişimin erken zamanlarında meydana gelen kistlere primordial kistler denir, dişin sert dokuları henüz kireleşmeğe başlamadan meydana gelirler. Bu sebepten dolayı çok benzedikleri periodontal kistlerden sert dokular ihtiva etmemeleri ile ayrılırlar. Buna mukabil residual kistlerden ayırd edilmeleri güçtür (Resim: 10). Şekil: 1 c

Primordial kistler enderdirler, eğer röntgen filminde dışsız bir bölgede kemik içerisinde yuvarlak bir radyolusen saha görülür ve orada diş jermi teşekkül etmediği tesbit edilirse primordial bir kist akla gelmelidir.

Histolojik incelemelerde primordial kistlerin de dentigerous ve periodontal kistlere benzedikleri tesbit edilmiştir. İç tarafları değişik kalınlık gösteren çok katlı yassı epitel ile kaplıdır, bazan bu epitel hücreleri arasında ifraz hücrelerine (Goblet) rastlanır. Epitel ekseriya keratinize olma istidadındadır.

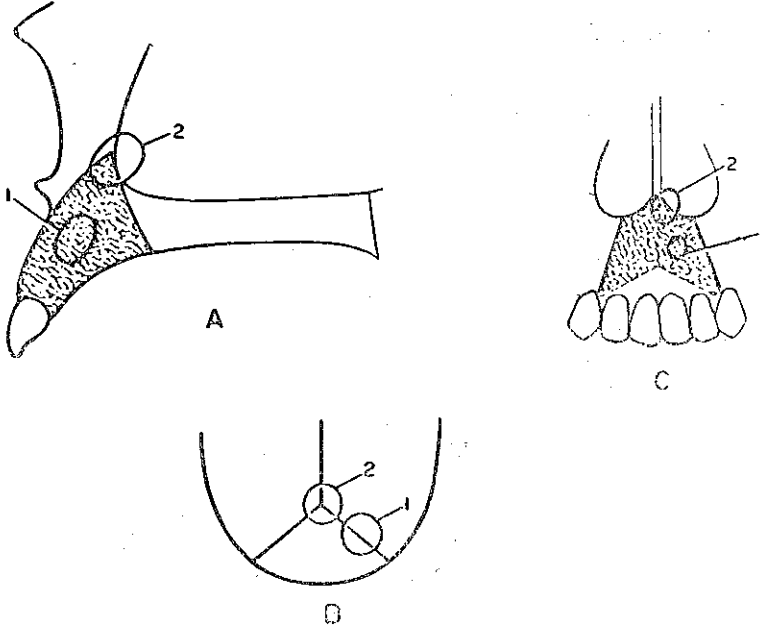
Diş Orijinli olmayan kistler :

Diş orijinli olmayan kistlerin teşhisleri de ancak dikkatli bir klinik muayeneye, radyografik ve histolojik bulgulara dayanır.

Fissural kistler :

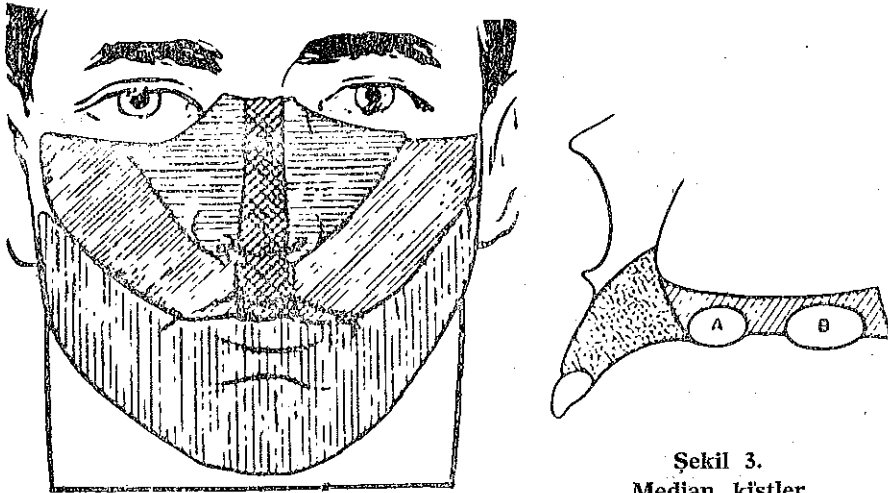
Nasoalveolar (nasolabial kistler) ekseriya radyografide belirli bir işaret vermezler. Median nasal ,lateral nasal ve maksiller proseslerin birleşme yeri olan burun kıvrımının dudakla birleştiği yerde (ala of the nose) lokalize olurlar. Kist cidarı silindirik epitel ile kaplıdır (Şekil: 2).

Median kistler damağın orta çizgisi üzerinde, palatinal proseslerin birleşme yerindeki epitelin etrafında meydana gelirler (Şekil: 2). Bu kistler damak orta çizgisi üzerinde ağrısız, fluktuan şişler halinde bulunurlar. Radyografide damakta geniş bir sahayı kaplıyan ovoid veya yuvarlak radyolusen sahalar olarak görülmeler. Histolojik olarak etrafı fibröz bağ dokusu kapsulu ile kaplı, içi çok katlı yassa epitel ile çevrilidir. Bağ dokusu kronik iltihap tablosu gösterebilir.

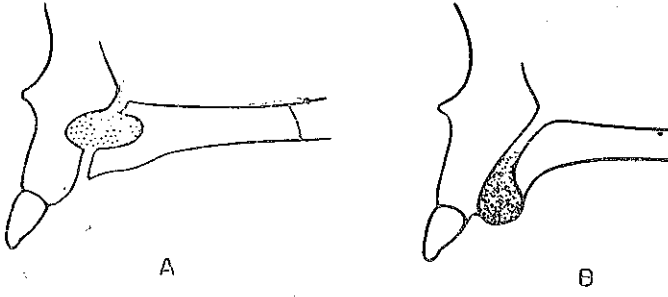


Şekil 2.
Globulo - Maksiler (1) ve Naso - Alveoler (2) kistler.

İnsisiv kanal kistleri (naso palatine duct cyst), insisiv kanal epitelinin artıklarından meydana gelirler (Şekil: 4). İnsisiv papilde bir kabarıklık göze çarpar ve ekseriya bu yüzden röntgen resmi çekilir. Röntgende insisiv kanal bölgesinin gayet dikkatli incelen-



Şekil 3.
Median kistler



Şekil 4.
A — Maksillada insisiv kanal kisti
B — Papilla palatina kisti.

mesi gerekir. Bazan foramen insisivum da geniş teşekkül etmiş olabilir ve bir boşluk olarak görülebilir (Resim: 11). Fakat bu gibi vak'alarda kemik trabeküllerinin o sahayı katettiği görülür. Halâ bir şüphe varsa o bölgeden iğne ile bir ponksiyon yapmalıdır. Bu kistin cidarı çok katlı yassı epitel ile veya psödöstratifiye silindirik epitel ile kaplıdır. Bazan ikisi de müştereken bulunabilir.



Resim 11.
İnsisiu kanal kisti

Globulo maksiller kistler :

Globulo maksiller kistin cidarı ekseriya fibroz bağ dokusun-

dan bir kapsul ve onu örten çok katlı yassı epitel veya ciliaal epitel hücreleri ihtiva eder.

Brankial kistler (brankial yarık kleft kistler):

Dermoid kistler fetusun gelişimi esnasında embriyonik prosesin, embriyonal dokunun daha derin tabakaları içerisine bir tazyik veya bir travma neticesinde gömülmesi ile meydana gelir. Ağız boşluğunda dil altında (ranulayı andırır) veya başka kısımlarda görülür. Ekseriya kemik içerisinde nüfuz etmez, fakat röntgende radyopak kısımlar gösterebilir ki bunlar diş, deri, kıl, terbezleri, tükrük bezleri olabilir. Epidermoid kistler de aynı karakterdedir fakat içerisinde diş, saç ve bezler bulunmaz.

Brankial kleft kistleri:

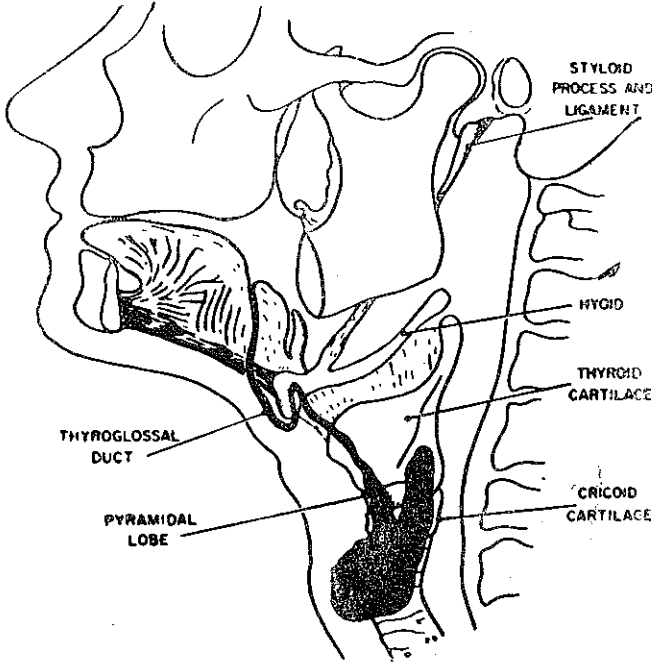
Bunlar brankial kleftlerin epitel artıklarından meydana gelirler, ekseriya ikinci ve üçüncü brankial arkın arasında bulunurlar. Sterno kleidomastoid adeninin önünde, boynun yan kısmında ve mandibular kemiğin yaptığı açının hemen altında lokalize olurlar ve derinin hemen altında veya daha derinde bağ dokusu içerisinde bulunurlar. Yüzeysel olan kistlerin cidarları ekseriya çok katlı yassı epitel ile kaplıdır ve içleri bir sıvı ile doludur, derin olanlarda ise çoğunlukla çok katlı püsödö stratifiye silindirik epitel ve sekresyon hücreleri ihtiva eder.

Çocuklarda ve gençlerde görülür ve yavaş büyür. Cerrahi yoldan çıkarıldıktan sonra nüksedebilirler.

Thyroglosal kanal kistleri enderdirler, boynun orta çizgisinin üzerinde bir şiş olarak görülürler. Thyroglosak kanalın herhangi bir yerinde meydana gelebilirler. Ağız tabanında ceacum hizasında meydana geldikleri gibi, thyroide kıkırdak veya thyroide bezin yakınında cricoid kıkırdak hizasında da meydana gelebilirler. Deriye yakın oldukları zaman deri fistülleri yapabilirler (S h a f e r - H i n e - L e v y , 1958). (Şekil: 5).

N e o p l a s t i k K i s t l e r :

Ameloblastomalar embriyonal tipteki neoplazmalardır ve gelişim devresindeki dişleri hatırlatırlar. Ameloblastomalar önceleleri solit tümörler halindedir fakat sonraları poli kistik bir durum alırlar. Klinikte solit tiplerinden çok poli kistik olan tipine rastlandığı için kistik bir tümör olarak düşünülebilirler (Resim: 6). Ameloblastoma alt çenede üst çeneden daha çok görülür. Ender ola-



Şekil 5.
Thyro Glossal kist.

rak malignant karakter alır, fakat nükseder. Radyografide multi kistik lezyonlar şeklinde görülür.

Retansiyon kistleri, bunlardan mukus kistleri küçüktürler kist boşluğu dudak ve yanak mukozası içerisinde ekseriya bir travmayı takiben meydana gelir. Zamanla parçalanıp tekrar nüksedebilirler. (Manisalı - Tahsinoğlu) (Resim: 12).

Ranula sublingual veya submandibular bezin bir retansiyon kistidir. Kanalın tıkanması dolayısıyla dil altında açık mavi bir renkte görülen iri, kiraz büyüklüğünde bir şiş halinde teşekkül eder. Tükürüğün kanlıdan serbest boşalmasına mani olan her hâdisse ranulaya sebep olabilir.

SUMMARY

In this article, the author has discussed the various kinds of cysts occurred in the oral cavity and classified them according to the recent development in this particular field.

In addition, he has also discussed the results of radiologic and histologic findings in the light of this classification.

LİTERATÜR

- 1 — A., KANTOROWICZ : «Diş Tab. Sirujisi» Kenan Matbaası İstanbul 1943.
- 2 — BERNIER J. L. : «Management of Oral Disease» The Mosby Comp. St. Louis 1955.
- 3 — Bland - SUTTON, Sir J. : «Tumours, innocent and Malignant», Cassell and Co London 1922.
- 4 — LUCAS, R. R. : «Neoplasia in Odontogenic Cysts» Oral Surg, 7, 13, 1954.
- 5 — MANİSALI, Y. - TAHSİNOĞLU M. : «Retansiyon Kistleri» Odonto - Stomatoloji.
- 6 — MEAD S. V. : Diseases of the Mouth «The Mosby Comp.» St. Louis 1940.
- 7 — PRİEBE, W. A. - LAZANSKY, J. P. - WUERHMANN, A. H. : «Value of the Radiographic film Differential Diagnosis of Periapical Lesions» Journal of Dental Research, 32: 675, October, 1953.
- 8 — Robinson, H. B. G. - Kock, Jr. W. E. - Kolas. S. : «Radiographic Interpretation of Oral Cysts» Dental Radiography and Photography, 1, 29, 4; 1956.
- 9 — ROBINSON, H. B. G. : «Classification of Cyst of the Jaws» J. Osth and Oral Surg. 31, 370; 1945.
- 10 — RUSHTON and COOKE : «Oral Histopathology» -Livingstone Ltd. Edinburg - London 1959.
- 11 — SHEAR, M. — «Dental Cyst», Johannesburg (Doktora tezi) 1961.
- 12 — STAFNE, E. C. — Millhon J. A: «Periodontal Cysts» Journal of Oral Surg. 3, 102-111. April - 1945.
- 13 — THOMA, K. : «Oral Pathology» The Mosby and Comp - St. Louis 1954.