

Anevrizmal Kemik Kisti

(Vaka Takdimi)

Mustafa TÜRKER (*) — İhsan SAKALLI (***) — Şule YÜCETAŞ (***)

Anevrizmal kemik kisti, daha fazla iskeletin uzun kemiklerinde ve spinal kanalda görülen, mandibula ve maksilladaki sıklığı az olan, içi kanla dolu kapsülsüz hakiki kistten ayrı kaviteler içeren non-neoplastik bir lezyondur (2, 3, 5, 6). 20 yaşın altındaki bireylerde daha sık rastlanır, seks ayırımı yoktur.

Hastalığın etyolojisi kesinlikle bilinmemektedir. Lezyonun primer olarak mı yoksa hemoraji, kistik dejenerasyon, yada bazı diğer patolojik oluşumların değişimi ile sekonder olarak mı şekillendiği tartışılmaktadır (2,7). Kemiğin diğer primer lezyonlarının anevrizmal kemik kisti şekillenmesinde direkt etkisi olması, kemik iliğindeki hematoma sonucu şekillenmesi türünde teoriler vardır (2, 7).

1942 yılında Jaffe ve Lichtenstein (4) anevrizmal kemik kisti terimini kullanarak bu lezyonu kemiğin diğer soliter kistik lezyonlarından ayırmayı yeğlemişlerdir. Daha önceleri aynı patolojik yapı için hemanjioma, atipik dev hücreli lezyonlar, benign kemik anevrizması ve dev hücreli subperiostal tümör terimleri kullanılıyordu (5). Anev-

(*) A. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Hast. ve Cerrahisi Kürsüsü Öğr. Üyesi

(**) A. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Hast. ve Cerrahisi Kürsüsü Asistanı

(***) A. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş Hast. ve Cerrahisi Kürsüsü Asistanı.

rizma kelime anlamı olarak kemik kenarındaki dışarı doğru şişmeyi tanımlamaktadır (5, 7). Nitelik vakaların çoğunda lezyonun olduğu bölgedeki kemik korteksi şekil bozukluğuna uğrar ve lezyon çevresinde çok ince kabuk şeklinde yeni bir kemik oluşur (2).

Klinik olarak ağrısız gelişmektedir, ancak şişlik civarda komşu sınırlarda basınç yaparsa bir ağrı olabilir, yada ekleme komşu ise harekette bir kısıtlanma olabilir. Lezyona komşu dişler yer değiştirebilir, ancak vitaldir.

Lezyonun esas bulgusu kemiğin kan içeren süngerimsi, fibroosseöz doku ile dolu olmasıdır. Kemiğin ince dış yüzeyi kaldırılınca kanlı bir sıvı akmaya başlar. Kemik kanaması oldukça uzun süre sızıntı halinde devam eder. Gevşek damarlı bir doku geniş olan kaviteyi birçok kanla dolu ufak bölmelere ayırır görünümündedir. Kavite içindeki sıvı da farklı yapıda görülebilir, ya tamamen damarsaldır ve esas yapısı kandır, yada kistik değişimlerle birlikte olup daha kahverengimsi bir görünümündedir. Lezyonun farklı yerlerinde her iki tip birden görülebilir (2, 3, 5, 7).

Radyolojik olarak ekseri iyi sınırlanmış tek bir kistik lezyon görülür. Lezyon hacmen büyürken farkedilir bir genişleme, kortekste inceleme, çeneden dışarı doğru balon şeklinde bir çıkıntılı radyolüsen si dikkati çeker. Kortekste ince bir subperiostal kemik yapımı şekillenebilir. Lezyon dişleride içine alıyorsa köklerde resorbsiyon vardır. Lezyon uzun kemiklerde belirince röntgende teşhisi tipik olabilir, ancak ufak kemiklerde daha simetrik yerleşip üniform büyüdüğü için kolay görülemeyebilir. Çenelerde görünüm dumanlı gri radyolüsent, bazan sınırı sklerotik, irregular trabeküllü, bal peteği yada sabun köpüğü manzarasındadır. Bu görünüm ile ayırıcı teşhiste santral miksona, dev hücreli lezyonlar, hemanjioma, brown tümörü düşünülebilir (3, 5, 7).

Hastalığın teşhisi esas olarak histopatolojik bulgulara dayanmaktadır (2, 9). Mikroskopta karakteristik bulgu, boyutları değişen sayısız, çok miktarda kavernöz boşluklardır ki bunlar kan damarlarının elastik lamina ve kas tabakalarından yoksundurlar. Duvarlar ve septumlar, fibroblastları, benign dev hücreli ve uzun osteoid trabekülün değişen miktarlarını içeren fibröz dokudan yapılmıştır. Ufak bir biyopsi lezyonu ayırd etmek için yeterli değildir, çünkü teşhis kanla dolu boşlukların bulunmasına bağlıdır (5,7, 9).

Tedavi yönteminde anevrizmal kemik kistinin lokal konservatif küretaja iyi cevap verdiği noktasında birleşilmiştir (9).

VAKA TAKDİMİ :

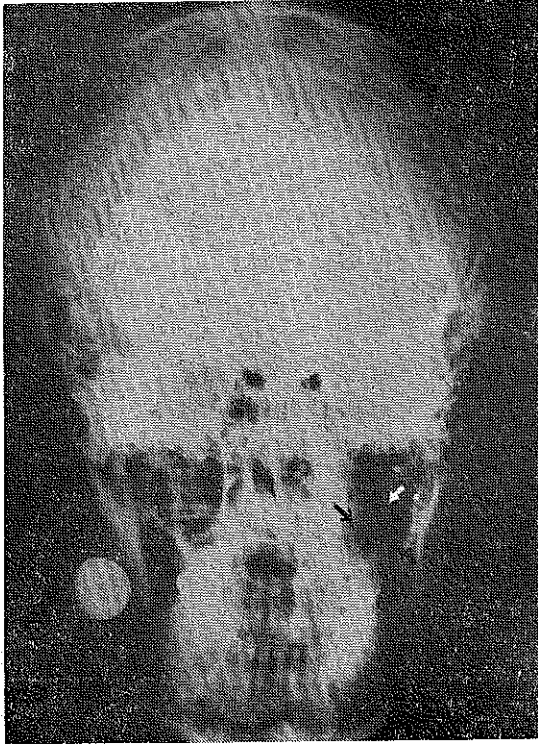
Y. D. isimli 26 yaşındaki erkek hasta kliniğimize sol üst çene ve yüz bölgesinde yayılan ağrı ve şişlik nedeniyle başvurdu.

Serbest meslek sahibi olan hastanın öz ve soy geçmişinde önemli olabilecek herhangi bir bulgu saptanmadı.

Yapılan ağız içi kontrolde, sağ üst 6,8 sağ alt 8, sol üst 6,8 numaralı dişlerin eksik olduğu, sağ üst 5-7 numaralı dişlerde köprü olduğu görüldü. Hastada ağız hijyeni iyi idi.

Hasta sol üst 6 numaralı dişine üç yıl önce kanal tedavisi uyguladığını ve tedaviden 3-4 ay sonra o bölgede bir ağrı başladığını anlattı.

Önden ve yandan çekilen yüz grafilerinde, sol maksiller sinüste aerasyonun azaldığı ve mukoseli düşündürecek görünüm olduğu saptandı (Resim : 1).



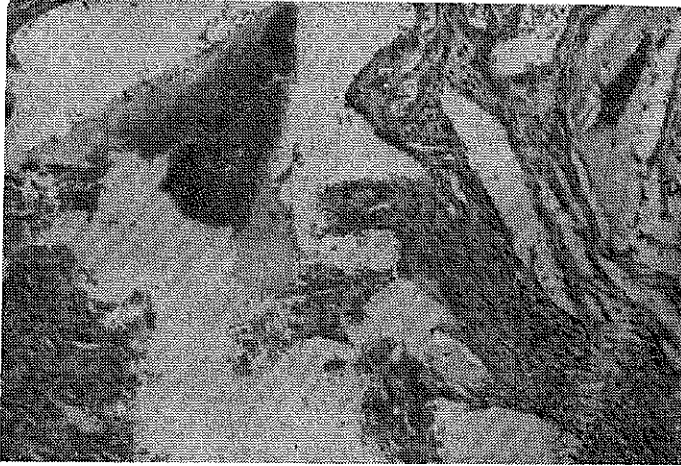
RESİM : 1

Kan sayımı sonuçları normaldi.

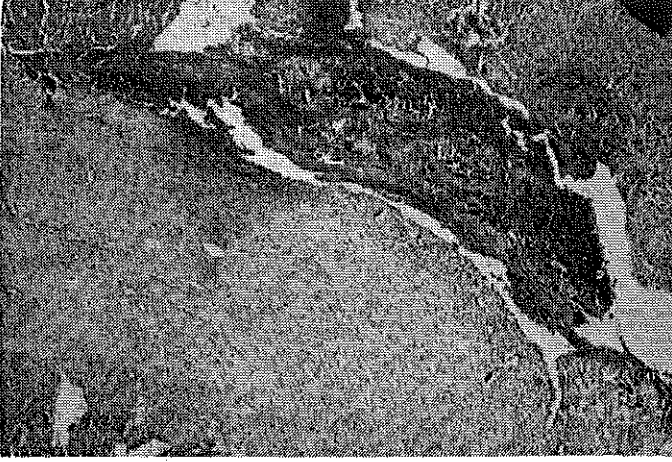
Tedavi için uygulanan cerrahi işlem radyografide saptanan radyolüsent sahanın küretajına yönelikti, ve Cald-well Luc ameliyatı esasları altında müdahale uygulandı. Oldukça kanamalı geçen operasyonda kist bölgesinde kemiğin resorbe olduğu ve kapsülsüz, kanama ile birlikte jelöz kıvamda köpüğümsü patolojik doku görüldü. Kürete edilerek histopatolojik tetkiki yapıldı. Kanamanın tekrarladığı postoperatif devrede gerekli bakım uygulandı.

Mikroskopik incelemede, kesitlerde yer yer kanama içeren genellikle fibröz dokunun oluşturduğu çoğunluğu lamellöz şekilde yeni bir gelişme izlendi (Resim : 2). Arada endotele benzer hücrelerin döşediği bazıları boş, bazıları kanla dolu boşluklar görüldü (Resim : 3). Fibröz dokunun içerisinde osteoklast tipi dev hücreleri saptandı. Bazı sahalarda hemosiderin pigmenti ve daha çoğu pigment çevresinde olmak üzere dev hücrelerin yer aldığı dikkati çekti (Resim : 4). Bu son bulgu Brown Tümörü tanısını kuvvetlendirir nitelikte görüldü ve hastadan alınan klinik bilgilerin yenilenmesi ve laboratuvar tetkiklerinin yinelenmesi kararlaştırıldı.

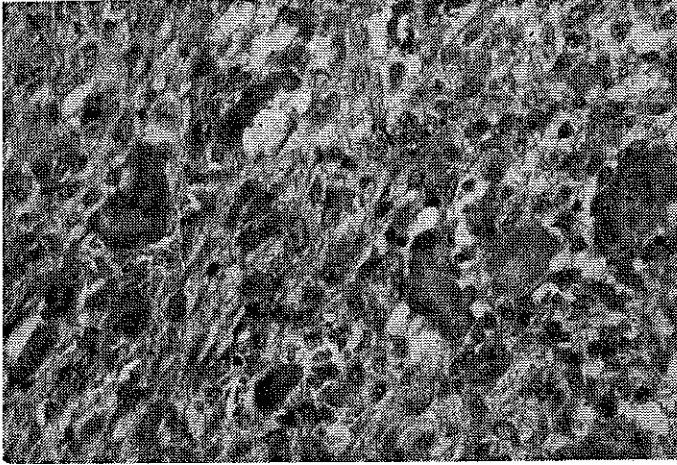
Hastada çekilen tüm vücut grafilerinde: Kranyum, columna vertebralis, toraks, pelvis ve ekstremitelerin radyolojik tetkikinde hiperparatiroidi ile ilgili olabilecek patolojik görünüme rastlanılmadı. Üriner sistem alanlarında taş veya kalsifikasyon yoktu.



RESİM : 2 (10X10)



RESİM : 3 (10X10)



RESİM : 4 (20X10)

Laboratuvar tetkiklerinde kanda Ca % 9.6 mg., inorganik fosfor ise % 3.6 mg. çıktı. Tam idrar testinde ise herhangi normal dışı bir değer ölçülmedi.

Endokrin testlerde paratiroidi yönünden hastanın normal olduğu ve böbrek fonksiyonlarının aksamadığı saptandı. Bütün bu sonuçlara göre vakaya Anevrizmal Kemik Kisti tanısı koyuldu.

TARTIŞMA :

Hastalığın teşhisinin esas olarak histopatolojik bulgulara dayandığını ve ayrıca teşhiste santral miksona, dev hücreli lezyonlar, hemanjioma, brown tümörü gibi patolojik lezyonların hatırdâ tutulması gerektiğini belirtmiştik.

Histopatolojik yönden esas olarak anevrizmal kemik kistine benzer görünüm veren brown tümörü hiperparatiroidizmin bir belirtisidir. Dekalsifikasyon sonucu kemiklerde eğrilme ve kırılmalar olur, kas zayıflığı, kemik kıstleri ve brown tümörü belirir. Patolojik olarak önemli lezyonlar kemiklerde ve böbreklerde yerleşir, irregular trabeküllü yapıda bir tarafta osteoklastlarla, diğer tarafta osteoblastlarla çevrilmiş durumdadır. Ciddi demineralizasyonda brown tümörü adı ile anılan damarlarla çevrili osteoklastik proliferasyonun şekillendirdiği giant-cell tümörler belirir (1, 8).

Bizim vakamızda da patoloji raporu ile kesin bir tanıya gidilememiş, brown tümörü ile kesin ayırım yapılamamış ve hastada yeni kontroller gerekli görülmüştür. Vakanın anevrizmal kemik kisti olduğuna hastada tüm vücut grafileri çekildikten ve kan ile endokrin testleri normal çıktıktan sonra karar verilmiştir.

Ö Z E T

26 yaşındaki bir erkek hastada sol maksillada sinusuda içine alan bir anevrizmal kemik kisti vakası açıklandı. Cerrahi yolla kürete edilen materyalin histopatolojik tetkikinde brown tümörü ile benzer görünüm verdiği izlenerek hastada klinik kontroller derinleştirildi ve sonuçta anevrizmal kemik kisti tanısı konuldu.

S U M M A R Y

A case of aneurysmal bone cyst occurring in the left maxilla and including the sinus in a male patient of age 26 is reported. It is microscopically observed that the material taken by surgical means show a similar appearance with the brown tumour. Clinical controls are detailed and as a result the case is diagnosed as aneurysmal bone cyst.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Burket, W. L. : Oral Medicine. Diagnosis and Treatment. J. B. Lippincott Comp. 314, 1946.

- 2 — **Ellis, J. D., Walters, J. P.** : Aneurysmal Bone Cysts of the Maxilla. *Oral Surg.* 34 (1): 26-32, 1972.
- 3 — **Gorlin, J. R., Goldman, M. H.** : *Thoma's Oral Pathology*. 7th. Ed. The C. V. Mosby Comp. St. Louis. V. 1. 471, 1970.
- 4 — **Jaffe, H. L., Lichenstein, L.** : Solitary Unicameral Bone Cyst. With Emphasis on the Roentgen Picture, the Pathological Appearance and the Pathogenesis. *Arch. Surg.* 46: 1004, 1942.
- 5 — **Oliver, P. L.** : Aneurysmal Bone Cyst. *Oral Surg.* 35 (1): 67-76, 1973.
- 6 — **Powell, O. J.** : Aneurysmal Bone Cyst of the Orbit. *Arch. Ophthalmol.* 93: 340-342, 1975.
- 7 — **Stafne, C. E., Gibilisco, A. J.** : *Oral Roentgenographic Diagnosis*. 4th. Ed. W. B. Saunders Comp. 208-208, 1975.
- 8 — **U. S. Naval Medical School.** : *Color Atlas of Pathology*. J. B. Lippincott Comp. 11-12, 1954.
- 9 — **Vianna, R. M., Harizonte, B., Brazil, M. G.** : Aneurysmal Bone Cyst in the Maxilla: report of case. *J. Oral Surg., Anest. and Hosp. D. Serv.* 20 (5): 432-434, 1962.