

Mandibulada Keratokist - Bir Olgu Takdimi -

Uzm. Asis. Dr. Hülya Kut (), Prof. Dr. Bedrettin Görgün (*),
Uzm. Asis. Dr. Rıdvan İlhan (**), Doç. Dr. Misten Demiryont (**)*

GİRİŞ

Kaynaklarda odontojenik keratoksit, primordiyal kist, epidermoid kist, kolesteatoma sinonimleri ile tanınan bu hastalık ilk defa Philipsen (1956) tarafından keratokist olarak bildirilmiştir (1, 2, 4, 7, 9). Odontojenik epitelden kökenini alır. Sıklıkla üçüncü molar diş arkasında ve ramusta lokalize olur (4, 10). Diş gelişiminin normal olmadığı bölgelerde bu kiste sık rastlanırsa da, diş ile özel bir ilişkisi yoktur. Nonkratinize kistlere göre daha çok nüks etmesi ve bazan da otosomal dominant nakledilen herediter bir geçiş göstermesi ile dikkati çeker (7).

Çenede keratokist, deride multipl bazal hücreli kanser, iskelet anomalileri ile birlikte olan bu görünüme bazal hücreli nevüs sendromu denir (1, 5, 8).

Çenede salt keratokist olguları da bildirilmekte olup, olgumuz bu tipe uymaktadır.

(*) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Plâstik ve Rekonstruktif Cerrahi Kliniği, Çapa, İstanbul.

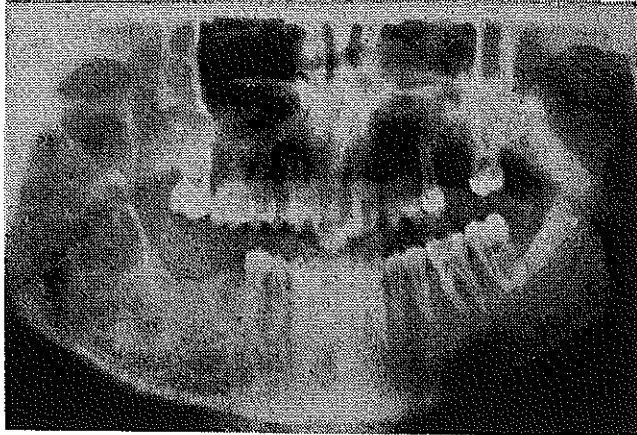
(**) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Patolojik Anatomi Bilim Dalı, Çapa, İstanbul.

VAK'A

C.G. 20 yaş, erkek, çiftçi.

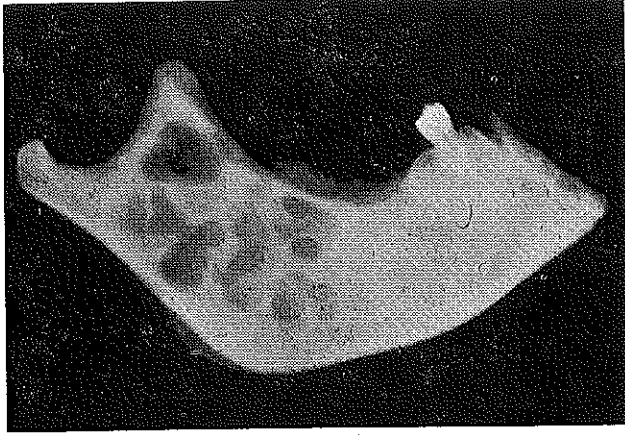
Hasta bölge dışında sistemik bir rahatsızlığı yok. Anne, baba ve iki kardeşi sağ olup, sıhhatteler.

Hasta bölge muayenesinde, yüzde şekil bozukluğuna neden olmayan, ancak panoreks mandibula grafisi ile mandibula sol yarısında multilokuler kist saptanan atrofik bir alveolar köprü mevcut. Sağ yarıda molar dişler ağrı nedeniyle daha önce çekilmiş. Alveolar köprüyü örten mukoza normal görünümde (Resim : 1). Dört ay önce dişlerini çektiren hasta, aynı bölgede ağrı şikayeti ile tekrar diş doktoruna gittiğinde, kendisine mandibula grafisi çekilmiş. Grafide görülen kistik yapı dikkate alınarak, hasta kliniğimize gönderilmiş.

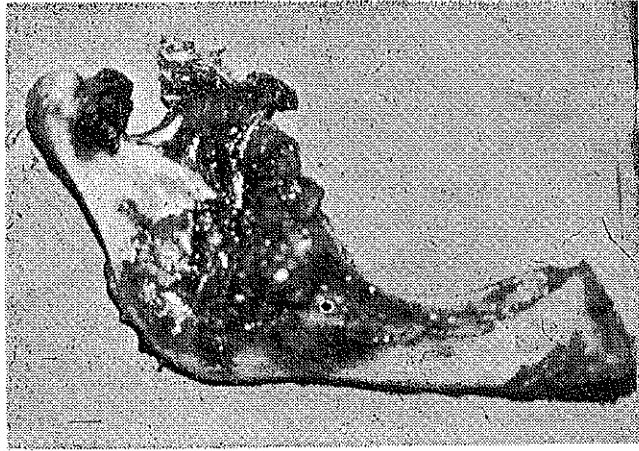


Resim : 1 — Panoreks grafide ramus ve korpus mandibulayı içeren kistik yapı görülüyor.

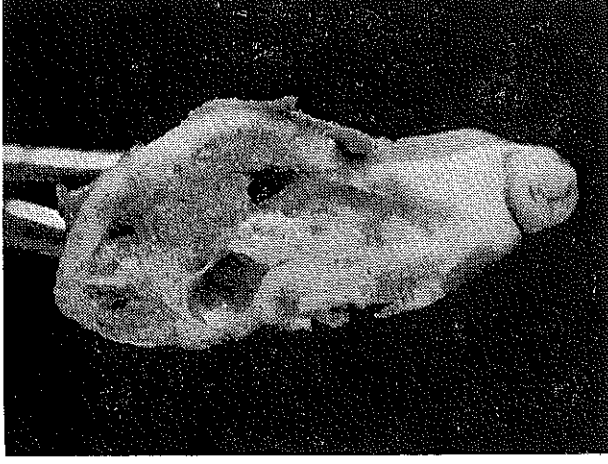
Tedavi : Genel anestezi altında, nazal entübasyonla sol hemimandibulektomi yapıldı (Resim : 2, 3). Çıkan piyesin patolojik tanısı keratokist olarak bildirildi (Resim : 4, 5, 6). Hasta bir yıl kontrolde tutuldu. Nüks görülmedi (Resim : 7). Bir yıllık kontrolden sonra, kriza iliakadan alınan kemik grefi ile çene onarımı yapıldı (Resim : 8). Çene onarımını takiben yüz görünümü estetik açıdan memnuniyet verici olup, çene okluzyonu da bozulmamıştı (Resim : 9).



Resim : 2 — Çıkan piyesin radyografisinde kistik bölgenin yeterince çıkarıldığı izleniyor.



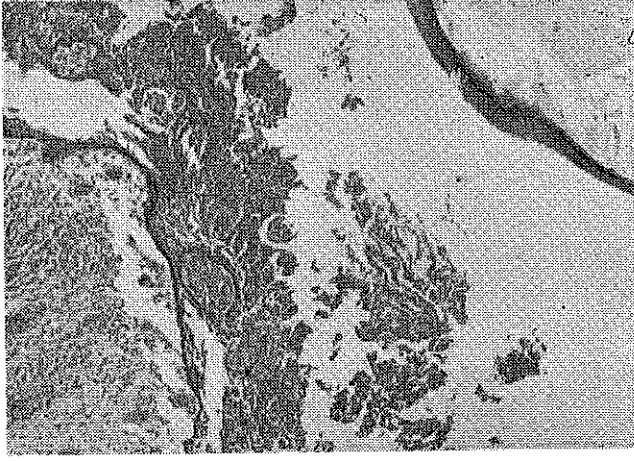
Resim : 3 — Çıkarılan piyesin makroskopik görünümü. Multiokuler kistik yapı dikkati çekiyor.



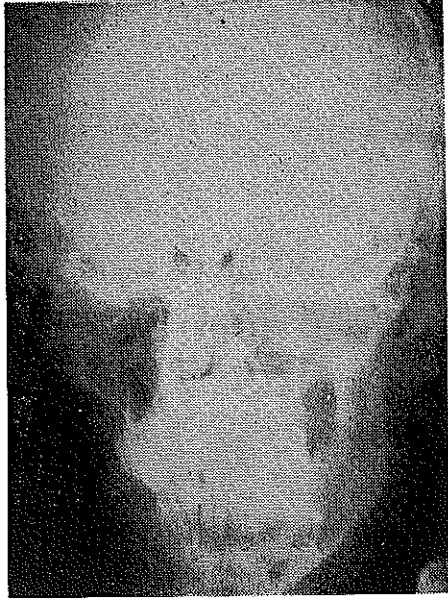
Resim : 4 — Piyenin kesitinde kistik yapılar görülüyor.



Resim : 5 — Bir tarafta, lumeni keratin ile dolu, interpapiller uzantıları olmayan, skuamöz epitelle döşeli kistik yapı, diğer tarafta kemik lamelleri görülmekte (Prot. No. 9487/70, HE \times 200).

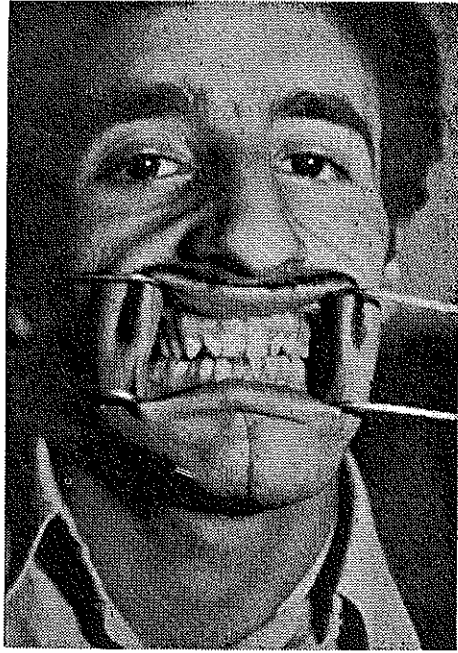
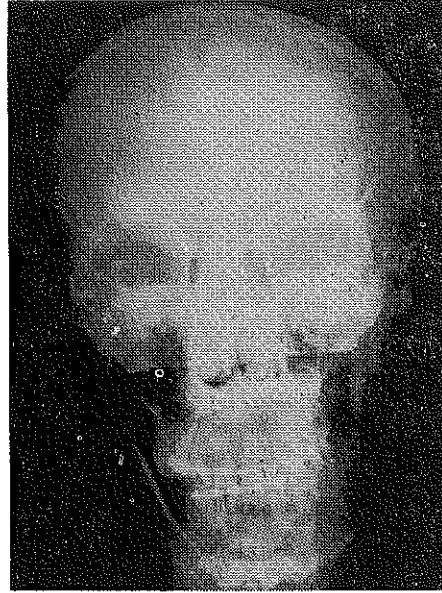


Resim : 6 — Aynı olguda bir tarafta skuamöz epitelle örtülü, lumeni keratin ile dolu kistik yapı, diğer tarafta kist duvarında aynı özellikte epitelden oluşan alanlar ve hiyalen cisimlere benzer yapılar görülmekte (HE \times 130).



Resim : 7 — Cerrahi tedaviden bir yıl sonra yapılan radyolojik kontrolde nüks olmadığı görülmüyor.

Resim : 8 — Mandibulanın kemik grefti ile onarımından sonraki radyolojik görünümü.



Resim : 9 — Kemik grefti ile onarım yapılan çenede okluzyonun normal olduğu görülüyor.

TARTIŞMA

Odontojenik keratokistler, multilokuler yapı gösterip, selim seyirlidirler (7). Soskolne ve Shear'ın destekledikleri teoriye göre bu kistler ya diş tomurcuklarından, ya da dental lamina kalıntılarından kaynaklanırlar (4, 7). Nonkeratinize kistlere göre daha çok nüks ederler (4, 7, 8). Toller, Pindborg ve Hansen'e göre nüks oranı %45'dir (4, 8). Hodgkinson ve ark. (5), 79 çene kisti olgusunda %39 oranında nüks bildirmişlerdir. Olgumuz çene kisti tedavisini takiben iki yıl izlenmiş ve mandibulada nüks görülmemiştir. Keratokist genellikle ikinci dekada kadar olan yaşlarda görülür. Erken yaşta görülenler daha çok multipl nevoid bazal hücreli karsinom sendromu şeklindedir. Bu sendrom: çenede multipl keratokist, deride pigmente bazal hücreli kanser, kot agenesisi, çift kot, vertebral sinostoz, kısa metakarp gibi iskelet anomali-lerini içermekte olup, herediterdir (5, 7). Hodgkinson ve ark., 70 çene kistinin 7'sinde bu sendromu izlediklerini bildirmişlerdir (5), olgumuzun soy geçmi-şinde bu hastalığa ait belirtilere rastlanmadı.

Multipl mandibula kisti olan hastaları, hiperparatiroidi, *Hand Schüller Christian* hastalığı, multipl miyeloma, osteomalasi ve eozinofilik granuloma gibi hastalıklardan ayırmak gerekir (6). Keratokistler, ameloblastoma ile de klinik benzerlik gösterirler. Bu benzerlik destrüktif olmaları, komşu dokuları infiltre etme yetenekleridir. Keratokistlerde de ameloblastoma da olduğu gibi mandibula rezeksiyonu önerilir (5). Kistin marsupiyalizasyonu ve kavite-nin kemik grefi ile obliterasyonu da diğer bir tedavi yöntemidir (11). Biz olgumuzda mandibula rezeksiyonunu yeğledik.

Mandibuler keratokist, maksiller keratokiste göre üç misli daha sıktır (4).

Piyenin makroskopik görünümünde, kist odaklarının saman rengi ya da krem gibi kazeöz materyel ile dolu olması, kesit yüzeyinde parlak kristallerin bulunması, keratokist için patognomoniktir. Mikroskopik olarak, ince fibröz kapsülle çevrili ince bir kist duvarı vardır. Epitel stratifiye skuamöz tipte olup, keratinizasyon gösterir. Epikelin bazal tabakası iyi sınırlıdır. Epitel daima ince olup, uzantıları yoktur (Resim : 5) (3, 4, 5, 8). Ancak iltihap gelişirse, fibröz kapsül kalınlaşır. Epitelde uzantılar ortaya çıkar. Hattâ ke-ratinizasyon kaybolabilir. İltihap olan kısımlarda kolesterin kristalleri ve hiyalen cisimler görülür (Resim : 6) (3, 4, 5, 8).

Bu kistlerin malign değişime de uğradığı bildirilmekteydi (5).

Ö Z E T

Nadir görülmesi, multilokuler kistik bir yapıda olması, residiv oranının yüksek olması nedeniyle, mandibulada keratokist saptanan bir olgu takdim edilmiştir.

S U M M A R Y

Mandibular keratocyst : (A case report).

A case diagnosed as a mandibular keratocyst is reported because of its rare occurrence, its multilocular cystic structure and the high incidence of recurrences.

KAYNAKLAR

- 1 — Anderson, W.A.D., Kissane, J.M. : Pathology, Vol. : 2, 7. Ed. C.V. Mosby Comp. Saint Louis, 1251, 1977.
- 2 — Browne, R.M. : The odontojenic keratocyst, *Br. Dent. J.*, 128 : 225, 1970.
- 3 — Çöloğlu, A.S. : Odontogenesiste, odontojen kistlerde ve tümörlerde keratinleşmeler, Doçentlik tezi, İstanbul, 1978.
- 4 — Gorlin, R.J., Goldman, H.M. : Thoma's oral pathology, Vol. I, 6. Ed. C.V. Mosby Comp. Saint Louis, 455, 1970.
- 5 — Hodgkinson, D.J., Woods, J.E., Dahlin, D.J., Talman, D.E. : Keratocysts of the Jaw., *Cancer*, 41 : 803, 1978.
- 6 — Mc Kelvey, L.E., Albright, C.R. : Multiple hereditary familial epithelial cysts of the Jaws with associated anomaly of trichoepithelioma, *Oral Surg.*, 13 : 111, 1960.
- 7 — Payne, F.T. : An analysis of the clinical and histopathologic parameters of the odontojenic keratocyst, *Oral surg.*, 33 : 538, 1972.
- 8 — Pindborg, J.J., Hansen, H.E. : Atlas of diseases of the Jaws. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, London, Toronto, 134, 204, 1974.
- 9 — Pindborg, J.J., Kramer, I.R.H. : Histological typing of odontogenic tumours, Jaw cysts and allied lesions. W.H.O., Geneva, 1971.
- 10 — Schultz, L.W., Atterbury, R.A., Vazirani, S.J. : Odontogenic cyst of the mandible, *Oral surg.*, 13 : 523, 1960.
- 11 — Southwick, G.J., Schwartz, F.R.A. : The bazal cell nevus syndrome, *Cancer*, 44 : 2294.