

BİR OLGU NEDENİYLE RADİKÜLER KİST

RADICULAR CYST : A STUDY ON AN INTERESTING CASE

Ömer KAYA (*)

Anahtar Sözcükler : Kist, Radiküller kist, Dentigeröz kist.

İçerisi sıvı veya yarı katı madde ile dolu etrafı epittelle çevrili boşluklar olarak tanımlanan kistler sık olarak ağız boşluğunda yüz ve boyun bölgelerinde bulunabilir. Radiküler kistler ağız içerisinde en sık rastlanan kistlerdir.

Kistler çoğunlukla asemptomatik olmalarına rağmen sekonder olarak enfekte olduklarında iltihap belirtileri gösterirler. Çenelerde geniş harabiyetlere hatta patolojik kırıklara yol açmaları kistlerin komplikasyonlarıdır.

Bu makalede sağ alt yarım çenede alt 6 nolu diştten kaynaklanan ve geniş yerleşim gösteren 13 yaşındaki bir çocukta tedavi edilen radiküler kist olgusu sunulmuştur. Aynı bölgede bulunan sürmemiş yirmiyaş dişi nedeniyle dentigeröz kist olarak düşünülmüştür.

Konu bu yaklaşımla ele alınarak tartışılmış, bir yıl süre ile kist kavitelerinin iyileşmesi radyolojik ve klinik olarak izlenmiştir.

Key words : Radicular cyst, Dentigeros cyst.

Cysts are pathological formations which contains liquid or semiliquid substances in its lumen and the lumen surrounds with an epithelial layer. Cysts are commonly seen maxillofacial and neck area.

Radicular cysts are the most common cysts of oral cavity. In general cyst are asemptomatic formations but when a cyst infected secondarily shows the symptoms of inflammation.

Pathological jaw fractures and jaw destructions are the main cyst complications.

In this article a case of radicular cyst is presented belonging 13 years old boy's right mandibula, originated from right first lower molar tooth, this largely expended cyst had also been considered dentigeros cyst because of an unerupted lower third molar. The subject was discussed and healing of the cystic cavities was controlled clinically and radyologically for a period of one year.

GİRİŞ :

Yumuşak ve sert dokularda sıvı, yarı katı madde veya hava içeren bağ dokusu bir kapsülle kuşatılmış epitelle çevrili anormal kese ve boşluklar kist olarak tanımlanmaktadır (1, 7, 17). Araştırmacılar kistleri çok değişik şekillerde sınıflandırmaktadır (1, 7, 12, 13).

Kruger (7) kistleri, konjenital, developmental ve retansiyon kistleri olarak sınıflandırmış daha ziyade ağız boşluğunda yüz, boyun yakınlarında oluşabileceğini belirtmiştir.

Gelişim kistleri sınıfına giren odontogen kistler gene kistlerinin en sık rastlanan grubudur (1, 7, 12, 13,

14). Yapılan bir çalışmada odontojen kistler % 84, non odontojen olanlar ise % 16 oranında bulunmuştur (15).

Odontojen kistler diş oluşumundan önce, diş oluşumu sırasında veya daha sonra meydana gelirler (8). Odontojen kistlerin en sık rastlanana Radiküler kistler olup olguların % 58'ini oluşturmaktadırlar. Bunu % 34 ile diş germi kistleri izlemektedir (8).

Timoçin ve arkadaşları (14) yaptıkları çalışmada odontojenik kistlerin en sık rastlanana radiküler kistler olduğunu, tüm kistlerin % 74'ünü teşkil ettiğini, bunu sırayla % 18,04 residüel, % 7,9 oranla foliküler kistlerin izlediğini bildirmişlerdir.

(*) Prof. Dr. Med. dent. Atatürk Ü. Dişhek. Fak. Ağız - Diş ve Çene Hast. ve Cerrahisi A. D, Erzurum

Radiküler kistler, periodontal kist, apikal periodontal kist ve kök ucu kisti olarak da isimlendirilirler (2,17). Radiküler kistler, epitel kınına iltihabi hadisenin stimülasyonu sonucu periodonsiyumdaki malessez epitel kalıntılarında meydana gelir (7, 9, 11, 12).

Radiküler kistler periapikal radyolüsens olgularının yaklaşık % 43'ünü kapsarlar (3). Radiküler kistler çürük veya restore edilen dişlerin kök kanalları ve pulpa odalarındaki enfeksiyon sonucu genellikle sürmüş bir dişin apexinde lokalize olurlar (1, 7, 9, 11). Etken diş genellikle non vitaldir (9, 12).

Küçük perodontal kistler çoğunlukla asemptomatiklerdir. Radyografide tesadüfen farkedilebilirler (9). Büyük kistler çene veya yüzde şişliğe neden olabilirler. Mandibulada meydana gelirse alt mental sinire baskı ile parestezi ya da mental anestezi hissi ortaya çıkabilir (5, 9).

Arasına kistler öyle büyük oranlara ulaşırlar ki, patolojik faktörlere neden olurlar (9). Kistler enfekte oldukları takdirde akut iltihabi semptomlarını gösterirler. Bu takdirde röntgende sınırları düzensiz görülür (7, 13). Radiküler kistler değişik hacimlerde olabileceği, nadir de olsa bazan tam bir yarım çeneyi kapsadığı bildirilmiştir (3,8). Her iki cinste ve herhangi bir yaşta da görülebilir. Üst çenede alt çeneye nazaran daha sık görülürler (3, 8). Dentigeröz kistlerde görülen ameloblastomalara dönüşme eğilimi radiküler kistlerde görülmez (7, 11, 13).

Histopatolojik olarak bu kistler tabakalar halinde squamöz epitelle çevrilmiştir. Yuvarlak hücre infiltrasyonu ve kronik iltihabın diğer belirtileri bulanabilir (2,7). Kist lümeninde hemosiderin pigmenti, yabancı cisim dev hücreleri, kolestrin kristalleri mevcut olabilir (12).

Kistlerin tedavisi için uzun yıllar öncesinden Partsch tarafından konulan operasyon teknikleri kullanılmaktadır (4, 5, 9, 10, 13).

- a) Marsupyalizasyon (Partsch I)
- b) Enükleasyon (Partsch II)

Büyük radiküler kistlerin tedavisinde komşu dişlerin, çevredeki damar ve sinirlerin zarar görmemesi için Partsch I metodu tercih edilir (7, 13).

OLGU TAKDİMİ

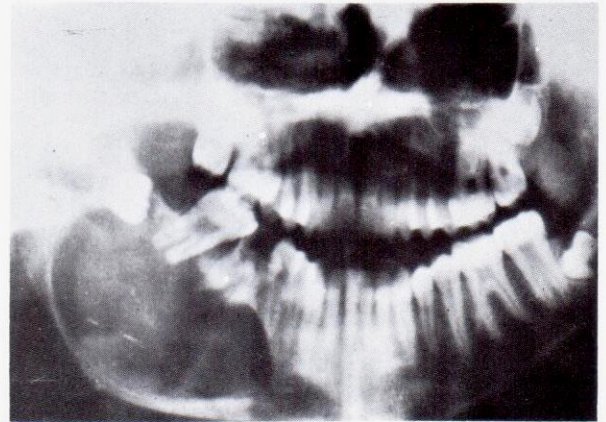
13 yaşında erkek hasta H.K. alt çene sağ tarafında şişlik nedeniyle Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Polikliniğine başvurdu.

Hastanın alınan anemnezinde sağ alt 6 nolu çürük dişini üç ay önce ağrıyıp şiştiği daha sonrada kendiliğinden geçtiğini söyledi. Bu şişliğin yeniden tekrarlanması ve çenedeki uyuşukluktan dişhekimine gittiğini, verilen ilaçları kullanmasına rağmen şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle fakültemiz kliniğine başvurduğu ve herhangi bir sistemik rahatsızlığın da olmadığını belirtti. Ağız içi muayenesinde sağ alt 6 nolu diş bölgesinde krepitasyon alınabilen bir şişlik görüldü. Panoramik radyografisi ve P.A grafisinin incelemesinde sağ çene korpus ve ramus mandibulayı istila eden radyolüsens bir alan görüldü (Resim 1, 2).

Komşu dişlerin vitalite kontrolünde sağ alt 6 nolu diş dışında diğer dişlerin duyar olduğu tespit edildi. Enfekte dişten kaynaklandığı düşüncesiyle lezyon radiküler kist olarak değerlendirildi.

Ponksiyon iğnesiyle girildiğinde lezyonun içinden sıvı geldiği ve bu sıvı içerisinde parıldayan kolestrin kristallerinin tespiti teşhimi iyice kuvvetlendirdi.

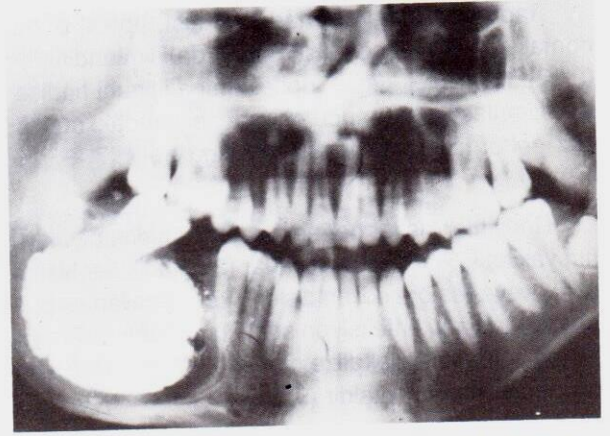
Kistin boyutlarının çok büyük oluşu lingualde çok ince bir kemik tabakasının bulunuşu, vestibülde hemen hemen hiç kemik bulunmayışı ameliyat esnasında çene fraktürü meydana getireceği düşüncesiyle gerekli tedbirler alındı.



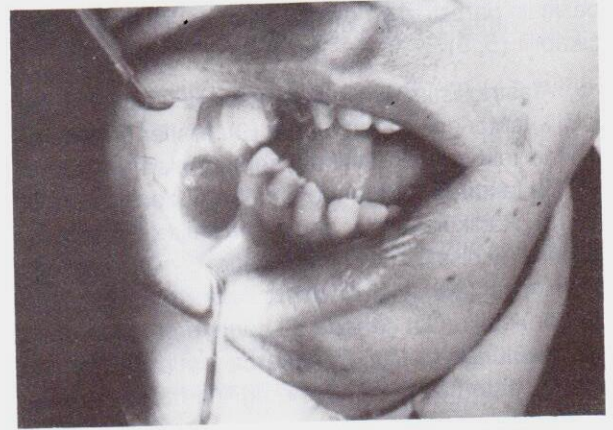
Resim 1 : Ortopantomografide hastanın sağ alt çenesindeki geniş radyolüsens görüntü.

DIŞ HEKİMLİĞİ
FAKÜLTESİ
Kütüphanesi

Premedike edilen hastaya mandibuler ve lokal infiltratif anestezi yapıldı. Sağ alt 2. premolardan 2. moların distaline kadar ve dişetinin 1 cm. altından genişliği 1,5 cm. olan oval bir pencere vestibülde kemik direnciyle karşılaşmadan eksize edilerek açıldı. Kist muhtevası aspire edilerek boşaltıldı. Alınan materyaller histopatolojik tetkik için patoloji bölümüne gönderildi. Histopatolojik tanı radiküler kist olarak saptandı (28.12.79-27/80). Daha sonra etken diş çekilerek çekim yeri vestibüdeki lambo yukarı çekilmek suretiyle kapatıldı. Kist kavitesi serum fizyolojikle yıkanarak aspire edildi. Partsch I tekniğine göre kist kapsülü ile ağız mukozası dikilerek birleştirildi. Kanama kontrolü yapıldıktan sonra kist kavitesi gaz iyodoformla dolduruldu. Bir hafta sonraki kontrolde ameliyat seyrinin normal gittiği tesbit edildi, dikişler alındı. Birer hafta aralıkla gaz iyodoform daha pasif bir şekilde tonponlanarak kavitenin küçülmesi için tedaviye devam edildi (Resim 3). Daha sonra küçülen kist kavitesinin ölçüsü alınarak obturatör hazırlandı (Resim 4,5). Kist kavitesinin küçültülmesine obturatör ile devam edildi (Resim 6). Kavite tamamen küçüldükten sonra obtu-



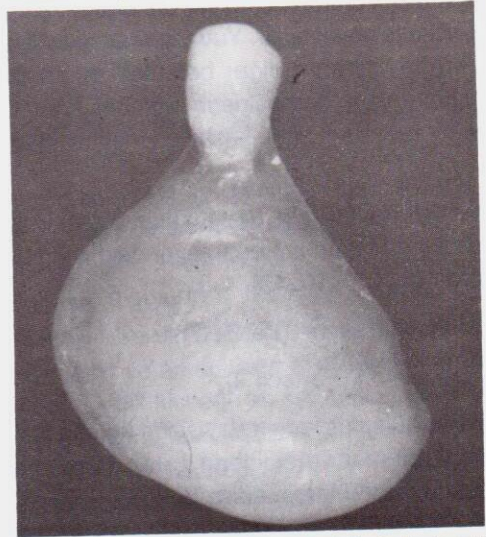
Resim 3 : Ameliyattan bir ay sonra gaziyodoform ile tampon edilen kist kavitesinin ortopantomografisi.



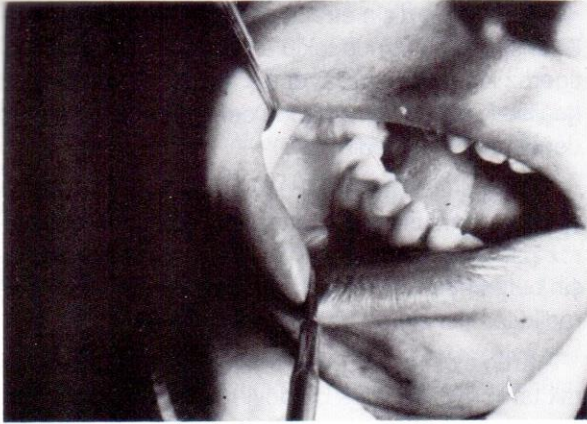
Resim 4 : Küçülen kist kavitesinin ağız içi görünümü.



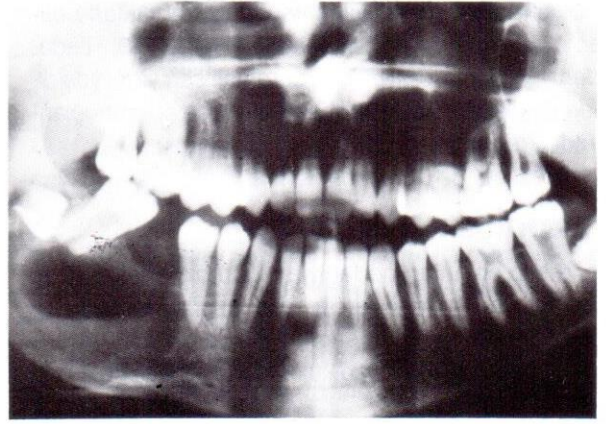
Resim 2 : Hastanın Postero-anterior kafa grafisindeki radyolüsen defekt.



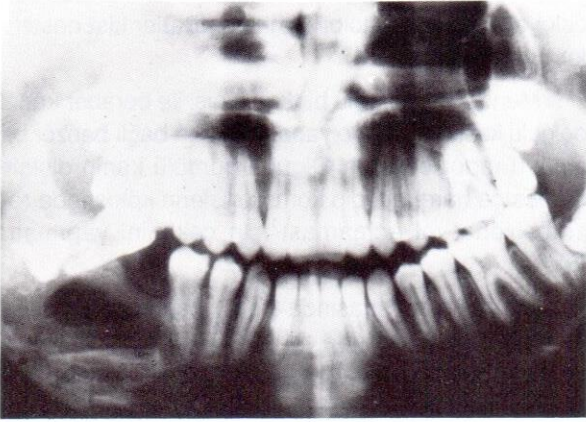
Resim 5 : Kist kavitesinin tedavisinde kullanılan obturatör.



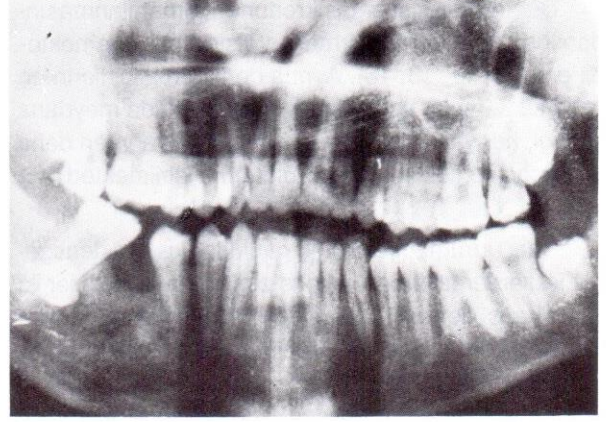
Resim 6 : Kist kavitesine obtüratör uygulanış.



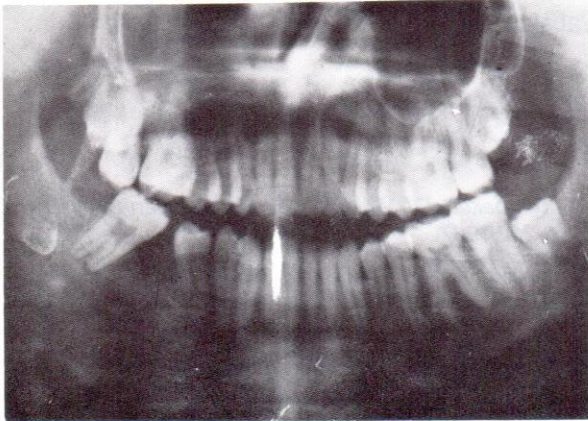
Resim 7 : Kistin ameliyattan 6 ay sonraki ortopantomografisi.



Resim 8 : Kistin ameliyattan 9 ay sonraki ortopantomografisi.



Resim 9 : Yirmiyeş dişinin kist tedavisinden sonra vestibülden indifası.



Resim 10 : Yirmiyeş dişinin çekiminden sonraki işleşmenin ortopantomografisi.



Resim 11 : Status -x filminde iyileşmenin izlenmesi.

ratör çıkartıldı. Kistin iyileşmesi belirli aralıklarla alınan radyografilerle kontrol edildi (Resim 7,8). Tedaviden 1 yıl sonra vestibülden süren alt sağ yirmi yaş dişi de çekilerek (Resim 9) hastanın tedavisi sonuçlandırıldı (Resim 10, 11).

TARTIŞMA

Kistin boyutları nedeniyle olgumuzda tedavi olarak Partsch I metodu tercih edilmiş, görülen radyolü-sens sahanın, enfekte sağ alt 6 nolu diştten kaynaklanması nedeniyle bir radiküler kist olarak değerlendirilmiştir.

Kist sahasında bulunan sürmemiş sağ alt 8 nolu diş nedeniyle dentigeröz kist olma ihtimali de bulunmaktadır.

Dentigeröz kistler diş kronunun tamamlanmasından kısa süre sonra sürmemiş dişlerden gelişmektedirler (1, 6, 11, 13, 16). Ayrıca dentigeröz kistlerin en fazla alt 3. molar ve üst kaninler bölgesinde meydana geldiği, her yaşta meydana gelmelerine rağmen daha çok genç ve çocuklarda görüldüğü bildirilmektedir (6, 11).

Bazı durumlarda büyük radiküler kistleri dentigeröz kistlerden ayırmak imkansız olmaktadır (1). Her iki kistin kapsüllerinin histolojik benzerliği yalnız histolojik özelliklerle bu kistlerin ayrılmasında zorluk meydana getirmektedir (12, 16).

Altında premolar diş bulunan, süt dişleri radiküler kistlerini ayırmak için bazı kriterler bildirilmiştir (16). Enfekte, dolgulu, travmatize bir diş, diş kökü etrafındaki lamina duranın incilmesi veya yok olması, sahadaki sklerotik görüntü, ayrıca kök gelişiminin, benzer dişlerle mukayesesinde durmuş olması, kistin enfekte orijinli radiküler kist olduğu tanısını kuvvetlendirmektedir (16).

Sürmemiş dişin etrafındaki foliküler aralık radyolü-sens sahanın içinde takip edilebiliyorsa lezyon dentigeröz kist değildir. Şayet diş foliküler aralığa sahip değilse lezyon aynı zamanda dentigeröz kist olarak ta değerlendirilmektedir (16).

Olgumuzda hadisenin sürmemiş bir 3. molar dişinde kapsaması ve de genç yaşta görülmesi dentigeröz kist tanısını düşürdümüşse de, enfekte 6 nolu dişin bulunması lamina duranın kaybolması nedeniyle radiküler kist olarak değerlendirilmiştir.

Erupte olmamış 8 nolu dişin folikül aralığı tam olarak takip edilemiyorsa da böyle durumlarda ortopantomografinin yetersiz kalacağı, periapikal filmler çekilmesi gerektiği bildirilmektedir (16).

Olgumuzun bir radiküler ve dentigeröz kist kombinasyonu olarak değerlendirilmesi mümkündür. Ancak yapılan histopatolojik tetkik radiküler kist destekler niteliktedir.

Mendel (8) gömülü bir kanin dişi ile beraber kanal dolgulu kesici bir diş ve yabancı cisme bağlı benzer bir olguyu rapor etmiştir. Olguda gömülü kanin dişinin serbestçe hareket edip komşu dişlerin köklerinde rezorbsiyona yol açmaması için çekimini yapmıştır (8).

Cerrahi işlem sırasında 8 nolu dişin çıkartılmaması, röntgen tetkiklerinde de görüldüğü gibi kist iyileşmesiyle birlikte hareket ederek sağ alt 7 nolu dişin kökleri hizasından vestibüle doğru hareketine yol açmıştır (Resim 9). Vestibülden süren diş sonradan çekilmiştir (Resim 10).

Kistlerde genelde tedavi aynı olduğundan teşhis yönünden hatalı bir sonuç büyük bir sorun yaratamayacaktır.

LİTERATÜR

1- Archer, H. W. : *Oral and Maxillo facial Surgery 5 th. ed Volum I. W.B Saunders Comp. Philladelphia. 518-528, 1975*

2- Baran, S. : *Oral Patoloji Ankara. 56-58, 1982*

3- Bhaskar S. N : *Synopsis of Oral Pathology. The C. V. Mosby Company Saint Louis. 163-167, 1977*

4- Borçbakan, C. : *Ağız ve Çene Hastalıkları Şirujisi. 200-202, 1967*

5- Gabka, J : *Harnisch, H. : Operationskurs für Zahnmedizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart. 354-391, 1973*

6- Konukman, E. : *Diş Hekimliğinde Kistler İstanbul. 1-7, 1972*

7- Kruger, G. O. : *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery 5th. ed. The C. V. Mosby Company. London. 224-253, 1979*

8- Mendel, R. W. : *İmpakt bir kanin dişe, devital bir kesere ve yabancı bir cisme bağlı bir odontojen kistin tedavisi* T.D. Quintessenz. 3, 199-203, 1986

9- Moore, J. R, Gilbe G. V. : *Principles of Oral Surgery* 3 rd. Ed. Manchester University Press. 163-172, 1981

10- Özbayrak, T. : *Diş Hekimliği Cerrahisi, Altın Matbaacılık.* 133-145, 1981

11- Shafer, W.G., Hine, M. K., Levy, B. M. : *A Textbook of Oral Patholgy* 4 th. ed. W. B. Saunders Company. London. 493, 498, 1983

12- Steiner, R. B., Thompson, R. D. : *Oral Surgery and Anesthesia.* W. B. Saunders Company Philadelphia. 52,58, 1977

13- Thoma, K. H. : *Oral Surgery.* 5th. ed. The C. V. Mosby Company Saint Luis 891-907, 1969

14- Timoçin, N. J. Akyüz N, Oktay, I. : *Çene Kistleri ile ilgili bir klinik araştırma* İst. Üni. Diş. Hek. Fak. Der. 20 (1, 2, 3, 4,) 12-21, 1986

15- Türkgüven, Y., Yaman, S. : *Maxilla ve mandibular kistlerin cerrahi tedavilerinde 149 olgu ile ilgili bir araştırma* Ank. Üni. Diş. Hek. Fak. Der. 13 (1, 2, 3) 13-20, 1986

16- Wood, E. R., Nortje, C. J., Padayachee, A., Grotepass, F. : *Radicular Cysts of primary teeth mimicking premolar dentigerous cysts of three cases.* J. Dent for child. July-August 288-290, 1988

17- Zegareli, E. V., Kutscher, A. H ; Hyman, G. A. : *Diagnosis of diseases of the mouth and jaws* 2 nd. Ed. Lea and Febiger Philadelphia. 186-189, 1978

YAZIŞMA ADRESİ:

ÖMER KAYA

ATATÜRK Ü. DİŞHEK. FAK.

ERZURUM