

## ÜÇ KUŞAKTA GÖRÜLEN ODONTOJENİK KERATOKİST

### ODONTOGENIC KERATOCYST SEEN IN THREE GENERATIONS

Güzin Yeşim Özgenel, Serhat Özbek, Selçuk Akın, Ramazan Kahveci

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

#### ÖZET

Odontojenik keratokist, sıklıkla çene kemiklerinde görülür, yüksek rekürrens oranına ve hızlı büyüme potansiyeline sahip olan gelişimsel bir epitelyal kisttir. Çenenin iyi huylu bir intraosseöz patolojisidir. En sık görülen klinik bulgular, kistin yerleşim gösterdiği lokalizasyonda şişlik ve ağrıdır. Bu patolojinin klasik tedavisi, intraoral yaklaşımla cerrahi enükleasyon ve küretajdır. Çoklu odontojenik kistler bazen nevoid bazal hücreli karsinom sendromu ile birlikte görülebilir. Bu makalede, aynı ailenin farklı kuşaklarına ait bireylerinde çoklu bazal hücreli karsinom lezyonları ile birlikte görülen odontojenik keratokist olguları sunulmuş ve literatür bilgileri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: odontojenik keratokist, nevoid bazal hücreli karsinom sendromu, bazal hücreli karsinom, Gorlin sendromu

#### ABSTRACT

Odontogenic keratocyst, being most commonly seen in the jaws, is an epithelial developmental odontogenic cyst which has a high recurrence rate and a rapid growth potential. It is a benign interosseous pathology of the jaw. Most commonly seen clinical signs are swelling and pain at the localization of the cyst. The classic treatment of this pathology is surgical enucleation and curettage being performed through an intraoral approach. Multiple odontogenic cysts are sometimes seen with nevoid basal cell carcinoma syndrome. In this article, cases of odontogenic keratocysts with multiple basal cell carcinoma lesions in the different generations of the same family were presented.

Key words: odontogenic keratocyst, nevoid basal cell carcinoma syndrome, basal cell carcinoma, Gorlin syndrome

## GİRİŞ

Odontojenik keratokist (OK) ilk defa 1956 yılında Philipsen tarafından tanımlanmış, 1963 yılında Pindborg ve Hansen tarafından karakteristik özellikleri belirlenmiştir.<sup>1-3</sup> Keratokistlerin görülme oranı %4-16,5 arasında değişir ve tüm kistik çene lezyonlarının %7,8'ini oluştururlar.<sup>4,5</sup> Tipik olarak maksilla ve mandibulada görülmekle birlikte, %75 oranında mandibulanın özellikle ramus ve angulus bölgelerinde yerleşme eğilimi gösteren oral kavitenin en agresif karakterli odontojenik kistidir. Genellikle 20-40 yaşları arasında ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir.<sup>6-8</sup>

OK olguları genellikle büyük boyuta ulaşana kadar veya sekonder enfeksiyon ya da ağız içinde fistül oluşana kadar farkedilmeyebilir. Sık görülen klinik bulgular, çene bölgesinde ağrı, yumuşak dokuda ödem, kemikte ekspansiyon ve parestizidir. Radyolojik olarak lezyonlar uniloküler ya da multiloküler radyolüsent alanlar olarak görülür.<sup>9,10</sup>

Multiloküler olduğu durumlarda bazal hücreli nevüs sendromu ile birlikte ve daha genç yaş grubunda görülebilmektedir.<sup>3</sup>

Bu klinik çalışmada, aynı ailenin farklı kuşaklarında çoklu bazal hücreli karsinom lezyonları ile birlikte görülen odontojenik keratokist olguları sunulmaktadır.

## OLGULAR

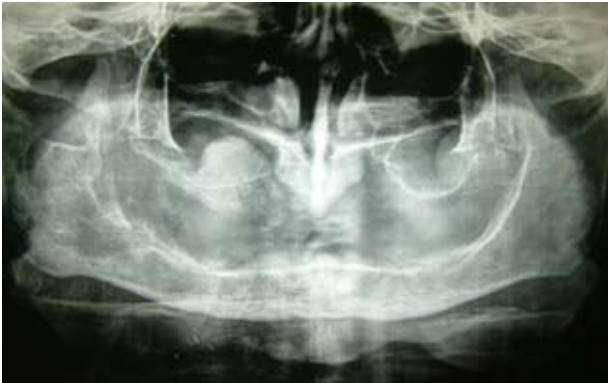
Kırk yaşındaki bayan hasta, polikliniğimize alt çene posterior bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Çekilen panoramik grafisinde, mandibulanın angulus ve ramus bölgesinde çoklu kistler tespit edildi. Bu kistler radyografide sınırları belirgin, radyolüsent alanlar olarak görülmekteydi (Şekil 1). Olgunun yapılan fizik muayenesinde, yüzünde lokalize yüzeyden hafif kabarık, üstü kabuklu, çoklu lezyonlar saptandı. Hastadan alınan anamnez sonucunda, olgunun hem annesinin hem de oğlunun aynı şikayetlerle polikliniğimize başvurduğu ve çekilen panoramik grafilerinde mandibulada aynı şe-



**Şekil 1.** Kırk yaşında bayan hastanın operasyon öncesi panoramik mandibula grafisinde çoklu kistler görülmektedir.



**Şekil 2.** Olgunun oğlunun operasyon öncesi panoramik mandibula grafisinde, bilateral ramus ve angulus bölgelerinde multiloküler kist izlenmektedir.



**Şekil 3.** Olgunun annesinin operasyon öncesi panoramik mandibula grafisinde, mandibula sağ yarımında multiloküler kistler görülmektedir.

kilde çoklu kistler görüldüğü saptandı (Şekil 2-3). Olguların hepsinde cerrahi enükleasyon ve iliak kemikten alınan serbest kansellöz kemik parçaları ile greftleme yapıldı (Şekil 4-6). Patoloji sonucu parakeratotik odontojenik kistler olarak raporlandı. Yüzdeki lezyonlar da eksize edildi ve yapılan patolojik incelemelerinin sonucunda bazal hücreli kanser ile uyumlu olduğu görüldü. Olguların izlem süresi ortalama 25 ay (dağılım 12-48 ay) idi. Nüks sadece bir keratokist olgusunda görüldü (Şekil 4).



**Şekil 4.** Kırk yaşında bayan hastanın operasyondan 12 ay sonra çekilen panoramik mandibula grafisinde nüks görülmektedir.



**Şekil 5.** Olgunun oğlunun operasyon sonrası 12. ay panoramik mandibula grafisi.



**Şekil 6.** Olgunun annesinin operasyon sonrası 12. ay panoramik mandibula grafisi.

## TARTIŞMA

OK, spesifik histopatolojik özelliği, yüksek rekürrens oranı ve agresif karakteri nedeniyle literatürde üzerinde en çok tartışılan kistler olup önemli bir klinik antitedir. Literatürde kist epitelinin malign dejenerasyonları ve ameloblastomaya dönüşen olgularda rapor edilmiştir.<sup>11,12</sup> Bu nedenle bazı otörler, odontojenik keratokistleri kist yerine neoplazm olarak tanımlamanın daha doğru olacağı görüşündedirler.

OK'in önemli bir özelliği de tedaviden sonra nüks oranının yüksek olmasıdır. Bu oran %2,5 ile %62,5 arasında olduğu bildirilmektedir.<sup>8</sup> Rekürrens sıklıkla ilk 5 ile 10 yıl içerisinde görülür. Ancak tedaviden 41 yıl sonra da rekürrens görüldüğü rapor edilmiştir.<sup>13</sup> Histolojik olarak ortokeratinize ve parakeratinize olmak üzere 2 tipi olan OK'in, özellikle parakeratinize tipinde daha yüksek oranda rekürrens görüldüğü bildirilmiştir.<sup>14,15</sup> OK'in ortokeratinize tipi ise, sınırlı büyüme potansiyeline sahiptir, düşük rekürrens oranı vardır ve nevoid bazal hücreli karsinoma sendromu (NBHKS) ile ilişkili değildir.<sup>10</sup> Bu çalışmada sunulan olgular histolojik olarak parakeratinize tip olup beraberinde çoklu bazal hücreli karsinom lezyonları mevcut idi.

OK olgularında yüksek oranda nüks görülmesi çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır. Bunlar içerisinde, multiloküler kistlerin eksizyonunun tam yapılamaması, kisti döşeyen epitelin ince ve frajil olması nedeniyle özellikle enükleasyon ve küretaj sırasında rezidü bırakma şansının fazla olması, OK'de mitoz hızının diğer kistlere göre yüksek oranda olması, kistten çevre dokulara uzanan çıkıntılarının bulunması ve bunların enükleasyon sırasında dokuda kalma olasılığının fazla olması ve OK'in kortikal kemiği perfor etme özelliğinden dolayı çevre yumuşak dokuda epitel kalıntıları bulunması sayılabilir.<sup>2,3</sup>

Çoklu OK, burada sunulan olgularda olduğu gibi nevoid bazal hücreli karsinoma sendromu ile ilişkili olabileceği de bilinmektedir. NBHKS, çok sayıda bazal hücreli karsinomlar mandibulada keratokistler, palmar ve plantar yerleşimli çukurcuklar ve ektojik kalsifikasyonlar başta olmak üzere çok sayıda bulgu ile karakterize herediter bir hastalıktır. NBHKS ile ilişkili kistler daha büyük olma eğilimindedir ve çoklu OK geliştiği rapor edilmiştir.<sup>16</sup>

OK'nin tedavisi tartışmalıdır. Tedavi yöntemleri arasında, enükleasyon, marsupyalizasyon, dekompresyon, rezeksiyon veya küretaj yer alır.<sup>17,18</sup> Konservatif yaklaşım, enükleasyon ve küretajın kombinasyonudur.<sup>19</sup> Enükleasyon, kistin bulunduğu yerden bütünüyle çıkartılmasıdır. Genellikle bütün kist kapsülleri bu şekilde bir bütün olarak çıkartılmasına rağmen, OK'nin kolay parçalabilen ince bir kapsülünün olması ve sıklıkla kardeş kistlerle birlikte bulunması nedeniyle kistin tek parça halinde ekstirpasyonu zordur. Dolayısıyla günümüzde OK tedavisinde tek başına basit kist enükleasyonu önerilmemektedir. Bu nedenle kalan epitelyum artıklarını uzaklaştırmak için enükleasyondan sonra kimyasal koteterizasyon, kemik duvarlarının agresif küretajı, kriyoterapi ya da tutulan mandibula ya da maksillanın parsiyel en blok rezeksiyonu uygulanmaktadır.<sup>10</sup> Enükleasyon sonrası açığa çıkan kavite, sekonder iyileşmeye bırakılabileceği gibi, aynı seansda kemik rekonstrüksiyonu da uygulanabilmektedir. Özellikle

çapı 3 cm.den büyük olan kavitelere patolojik kırık görülme riskini azaltmak için kavitenin içi serbest medüller kemik grefti ile doldurulmaktadır. Enükleasyon sonrası sekonder iyileşmeye bırakılan olgularda, kavite 6-12 ay içerisinde kendiliğinden kemik grefti ile dolmaktadır. Bu makalede sunulan olguların hepsinde intraoral yaklaşımla cerrahi enükleasyon ve kavitenin serbest kansellöz kemik greftleri ile doldurulma girişimi gerçekleştirildi. Komplikasyon olarak sadece bir olguda nüks saptandı.

Sonuç olarak; aile anemnezi ve detaylı fizik muayene ile histopatolojik inceleme kistlerin natürü ve sendromik durumların ortaya konulması açısından önemlidir. Gorlin sendromundaki odontojenik keratokistlerin genetik geçişinden dolayı akrabalarda bulguların araştırılması olgularımızda olduğu gibi tanının erken konulması ve uygun tedavi için önemlidir.

Dr. Güzin Yeşim ÖZGENEL,  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
16059 Görükle, Bursa  
Faks: (224) 442 8079  
E-posta: gozgenel@yahoo.com

**KAYNAKLAR**

1. Brannon RB, Colonel LC. The odontogenic keratocyst. A clinico-pathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features. *Oral Surg* 1976; 42(1): 54-72.
2. Browne RM. The odontogenic keratocyst-clinical aspects. *Br Dent J* 1970; 128(5): 225-31.
3. Zachariades N, Papanicolaou S, Triantafylloj D. Odontogenic keratocyst; review of the literature and report of sixteen cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43(3): 177-82.
4. Çetiner S, Mollaoğlu N, Yücetaş Ş. Farklı odontojenik kistlerin dağılımlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *G Ü Dişhek Fak Dergisi* 2000; 1: 15-9.
5. Meara JG, Shah S, Li KK, Cunningham MJ. The odontogenic keratocyst: a 20-year clinicopathologic review. *Laryngoscope* 1998; 108: 280-3.
6. Amianand VK, Arrowood JR JP, Krolls SO. Odontogenic keratocyst: A study of 50 patients. *Laryngoscope* 1995; 105: 14-6.
7. Ohki K, Kumamoto H, Ichinohasama R, Sato T, Takahashi N, Ooya K. PTC gene mutations and expression of SHH, PTC, SMO, and GLI-1 in odontogenic keratocysts. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33(6): 584-92.
8. August M, William C. Dedifferentiation of odontogenic keratocyst epithelium after cyst decompression. *J Oral Maxillofacial Surg* 2003; 61: 678-83.
9. Eryilmaz T, Özmen S, Findikçioğlu K, Kandal S, Aral M. Odontogenic keratocyst: an usual location and review of the literature. *Ann Plast Surg* 2009; 62(2): 210-2.
10. Wright BA, Myssocki GP, Larder TC. Odontogenic keratocysts presenting as periapical disease. *Oral Surg* 1983; 56(4): 425-9.
11. Minic AJ. Primary intraosseous squamous cell carcinoma arising in a mandibular keratocyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21: 163-5.
12. Anand VK, Arrowood JP, Krolls SO. Malignant potential of the odontogenic keratocyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 111(1): 124-9.
13. Chi AC, Owings JR Jr, Muller S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases, and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99(1): 71-8.
14. Crowley TE, Kaugers G, Gunsoley JC. Odontogenic keratocysts. A clinical and histological comparison of the parakeratin and orthokeratin variants *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 22-6.
15. Morgan TA, Burton CC, Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 635-9.
16. Uslu M, Karaman G, Şavk E, Şendur N, Akdilli A. Bir nevoid bazal hücreli karsinom sendromu olgusu. *Türkderm* 2006; 40: 136-8.
17. Williams TP, Connor F. Surgical management of the odontogenic keratocysts; agresif approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52(9): 964-6.
18. Bataneh AB, al Qudah M. Treatment of mandibular odontogenic keratocysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 42-7.
19. Meiselman F. Surgical management of the odontogenic keratocyst: conservative approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52(9): 960-3.