

PARAKERATOTİK TİP ODONTOJENİK KERATOKİST: VAKA RAPORU

PARAKERATINIZED TYPE ODONTOGENIC KERATOCYST: A CASE REPORT

Dt. Fatih ÖZAN*

Yrd. Doç. Dr. Hasan YELER*

Prof. Dr. Ö. Fahrettin GÖZE**

ÖZET

Odontojenik keratokist çenelerde oluşan gelişimsel epitelyal bir kisttir ve çenede görülen tüm kistlerin %11'ini oluşturmaktadır. Sıklıkla mandibula ramusu ve angulus mandibulada görülür ve belirgin ekspansiyon yapma potansiyeli, bitişik dokulara ilerleyebilme ve hızlı büyüme potansiyelinden dolayı çok büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Odontojenik keratokist'in tedavi yöntemi halen tartışmalıdır. Sunulan vaka raporunda radyografik olarak dentigeröz kist ön tanısı konan lezyon histopatolojik incelenmeden sonra odontojenik keratokist "parakeratotik tip" tanısı konulmuştur. 12 aylık takip periyodu sonucunda nüks olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik keratokist, parakeratotik tip.

SUMMARY

The odontogenic keratocyst is an epithelial developmental cyst of the jaws, and comprises approximately 11% of all cysts of the jaws. The cysts are most often seen in the mandibular ramus and angle, and can become quite large because of its potential for significant expansion, extension into adjacent tissues, and rapid growth. Treatment modalities of odontogenic keratocyst are still controversial. In this case report radiographically diagnosed dentigerous cyst appeared as parakeratinized type odontogenic keratocyst according to histopathological examination. Recurrence was not detected after 12 month follow-up period.

Key words: Odontogenic keratocyst, parakeratinized type.

GİRİŞ

Odontojenik keratokist (OKK), çenelerde görülen kistlerin yaklaşık %11'ini oluşturan epitelyal gelişimsel bir kisttir.¹ Histopatolojik özellikleri, özellikle de keratinize epitelinin bulunuşu nedeniyle bu patolojik oluşum "odontojenik keratokist" olarak tanımlanmaktadır.² Keratokistler diğer çene kistleri gibi kemikte ekspansiyon yapana kadar veya enfekte olana kadar belirti vermeden seyredir.³ En önemli farkı kemikte yaptığı ekspansiyonun radyografide gözükken boyutlarına göre çok az olmasıdır.³ Agresif klinik özelliği ve nüks oranının çok fazla olması birçok çalışmanın ana konusu olmuş ve bu çalışmaların sonucunda OKK epitelinin intrinsik büyüme potansiyelinin olduğu gösterilmiştir.^{4,5} Cerrahi müdahale sonrası nüks görülme sıklığının %2,5–62,5 arasında olduğu rapor edilmiştir.^{6,7}

Radyografik olarak düzgün radyopak sınırı olan, iyi tespit edilebilen radyolusensi şeklinde görülür. Sıklıkla multilokülerdir ve bu özellik daha sık olarak

büyük lezyonlarda görülür.⁸ Bununla beraber lezyonların çoğu unilokülerdir ve %40 oranında da sunulan vakada olduğu gibi sürmemiş bir dişin kronu ile ilişkili olarak görülür (dentigeröz kist pozisyonu).⁸

Odontojenik keratokist mandibulada maksillaya nazaran yaklaşık 2 kat daha fazla gelişir.⁹ En sık görüldüğü lokalizasyon mandibula gövdesinin arka kısmı (%90 oranında kanin dişin distalindeki bölgede görülür) ve ramus'tur.⁹ Lezyonun merkezi mandibular sinir kanalının üstündedir, bu pozisyondaki kist dentigeröz kist ile benzer ilişkisindedir ve pozisyondadır bu yüzden radyografik olarak dentigeröz kistten ayırt edilemez.⁹

Bu vaka raporunda, nadir karşılaşılan ve nüks oranı çok yüksek olan parakeratotik tip odontojenik keratokist olgusu ve tedavi sonrası 12 aylık takip sonucu sunulmaktadır.

* Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, SİVAS.

** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, SİVAS.

VAKA RAPORU

19 yaşındaki bayan hasta sağ alt çene 3. molar dişi bölgesinde oluşan ani şişlik ve ağrıdan dolayı Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi A.D.Ç. Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine başvurmuştur. Klinik ve radyografik muayenede 3. molar dişlerinin gömülü olduğu ve sağ alt üçüncü molar diş ile ilişkili ramusa doğru ilerlemiş, büyük, unilokuler, sınırları belirgin, radyolüsent alan görülmüştür (Resim-1).

Lokal anestezi altında yapılan ameliyatta diş ile beraber tek parça halinde kist çıkarıldı. Kist çeperinin gömülü dişe yapıştığı mine-sement birleşim yerinde meydana gelen yırtılma ile kalın, sarı, katı, peynirimsi kıvamdaki kist içeriği görüldü (keratin). Küret ile yüzeysel küretaj yapıldıktan sonra epitel artığının kalıp kalmadığı kontrol edildi ve bölge suture ile primer kapatıldı.

Alınan kitlenin histopatolojik incelenmesi sonucunda **"odontojenik keratokist, parakeratotik tip"** kesin tanısı konmuştur. İncelenen örnekte kistin klasik özellikleri dışında epitelinde genişçe bir ülserasyon ve lümeninde bu dokudan parçalar dikkati çekmiştir (Resim 2-A, 2-B). Hastanın yapılan 12 aylık kontrol grafisinde nüks ile ilgili her hangi bir bulgu gözlenmedi (Resim 2). Hastanın takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Odontojenik keratokist dental lamina epiteli artıklarından gelişen sıklıkla mandibula ramusunda ve angulus mandibulada görülen, diğer çene kistleri gibi kemikte ekspansiyon yapana kadar veya enfekte olana kadar semptom vermeden seyreden epitelyal gelişimsel kisttir. Odontojenik keratokistin iki tipi tarif edilmektedir, ortokeratotik tip ve parakeratotik tip. Aralarında çok az demografik farklılığın olması ile beraber en önemli farklılık parakeratotik tipin ortokeratotik tipe nazaran oldukça yüksek nüks özelliğinin olmasıdır.

OKK her yaşta görülebilmektedir. Bununla beraber en sık 20-30 yaş arasında ve erkeklerde bayanlara nazaran daha fazla görülmektedir. Genellikle semptomuz olmakla birlikte, hafif bir şişkinlik de oluşabilmektedir. Sekonder enfeksiyon nedeniyle ağrı oluşabilir. Sunduğumuz 19 yaşındaki bayan hasta ağrı ve ani şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu.

Mandibulada maksillaya göre iki misli fazla görülen OKK, maksiler kanin ve mandibular 3. molar bölgelerde seyrek gözlenir. Devital dişlerle ilgisi olmadan, kortikal ekspansiyona hatta perforasyona neden olup bölgedeki dişleri migrasyona uğrattırır ve asemptomatik

olarak gelişirler. Bizim vakamızdaki keratokist mandibular 3. molar diş bölgesinde izlenmiş, enfekte olana kadar asemptomatik gelişmiştir.

Cerrahi müdahale öncesi, klinik ve radyolojik olarak keratokist teşhisinin konulması çok zordur. Keratokistten aspire edilen kist sıvısının total çözülebilir protein konsantrasyonunun diğer non-keratinize odontojenik kistlerinkinden daha düşük olduğunun (<4,0 gr/100ml) belirtilmesi ayırıcı teşhiste yardımcı olmaktadır.¹⁰ Ayırıcı tanısı dentigeröz kist, kalsifiye odontojenik kist, adenomatoid odontojenik tümör, ameloblastik fibroma ve diğer nadir görülen odontojenik kistler ile yapılır. Bununla beraber santral dev hücreli granüloma, travmatik kemik kisti ve anevrizmal kemik kisti gibi radyolüsent, non-odontojenik tümörler genç hastalarda ayırıcı tanıya eklenebilir.^{3,9}

OKK'in en belirgin özelliği yüksek nüks oranıdır, %2,5-62,5 arasında değişik nüks oranlarının olduğu rapor edilmiştir.^{7,9} Aktif mural büyüme ve epitelyal proliferasyonun keratokistin nüksünü belirleyen faktör olduğu belirtilmektedir.³ Literatürde tedaviden sonraki ilk 5-7 yıl içinde ve daha uzun süre sonra nüks oluştuğu rapor edilen vakalar mevcuttur.¹¹

OKK tedavisi için bir çok tedavi yöntemi sunulmaktadır (Tablo-1). Tanımlanan bu tedavi yöntemleri arasında nüksü önlemede en etkin yöntem rezeksiyon olarak görülmektedir; 5 araştırmacı uyguladıkları rezeksiyon ile %0 nüks oranı tespit etmişlerdir; fakat bu araştırmacıların kaç yıllık takip yaptıkları belirtilmemiştir.¹⁸ OKK sadece basit enükleasyon yapıldığında %17-56 arasında nüks oranına sahip benign bir hastalıktır. Kist epiteli parçalanmadan tek parça halinde enükle edildiğinde nüks oranının %18 olduğu rapor edilmiştir.⁷ Nüksü en aza indirmek için en ideal yöntem kesin tedavi yapılmadan önce tüm kistlerden bir örnek alıp histopatolojik incelemenin yapılmasıdır.

Tablo 1: Odontojenik Keratokist için önerilen tedavi metotları

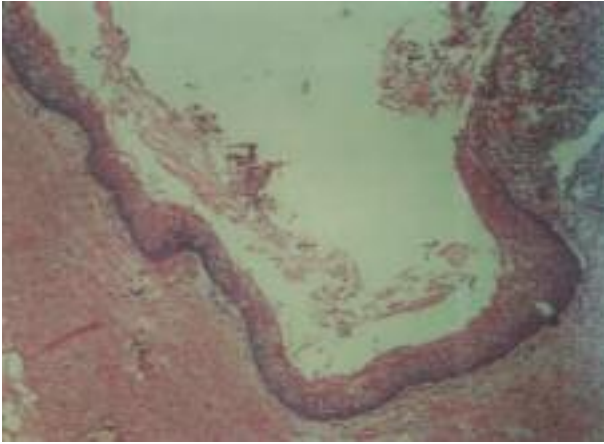
1. Kist kavitesini, kist uzaklaştırılmadan önce Carnoy solusyonu ile yıkamak^{12,13}
2. Brosch işlemi¹⁴
3. Kist kavitesinin dekompresyonunu takiben ikinci bir operasyon ile kistin enükleasyonu¹⁵
4. Rezeksiyon ve kemik transplantasyonu¹²
5. Preoperatif dönemde teşhis edilmiş OKK'in tedavisi için çene kemiğinin devamlılığının bozulmadığı marjinal rezeksiyon¹⁶
6. Enükleasyon ve sıvı nitrojen kriyoterapi kombinasyonu kullanmak¹⁷

7. Kriyocerrahi

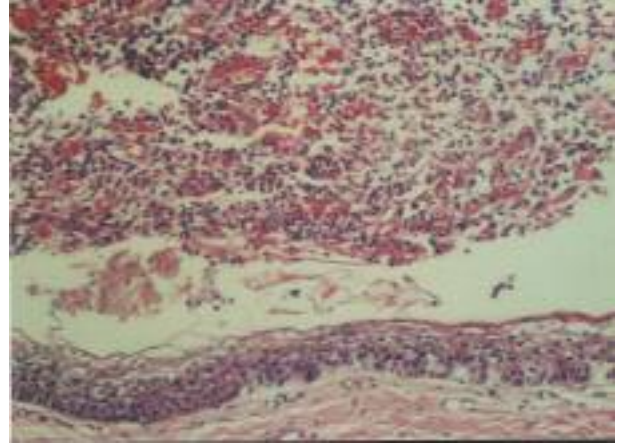
Operasyon öncesi mutlaka ayırıcı tanılar iyice belirlenmeli ve lezyondan biyopsi yapıp sonuca göre kesin tedavi uygulanmalıdır. Sunulan bu vaka radyografik ve klinik tetkiklerin yanı sıra histolojik kontrollerin de yapılması zorunluluğunun vurgulanması açısından ilginç bulunmuştur. Oniki aylık kontrolde klinik ve radyografik olarak nüks bulgusuna rastlanılmamıştır (Resim-3).



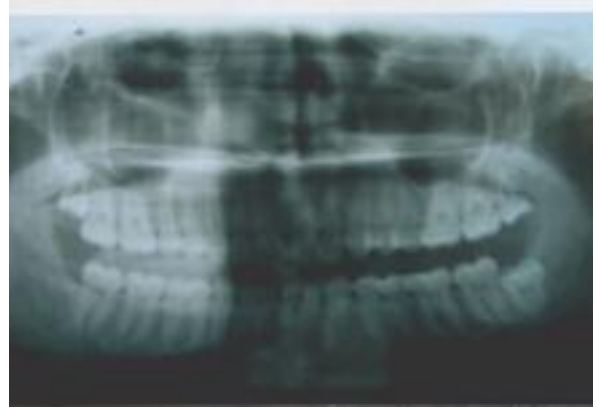
Resim-1: Panoramik radyografide sağ alt üçüncü molar diş ile ilişkili uniloküler, belirgin sınırlı, ramusa uzanan radyolüsent alan.



Resim-2-A: Kesitte homojen kalınlıkta sağ üst köşede ülseratif, skuamöz epitelle döşeli kistik boşluğun açıklığı yukarı bakan bir bölümü görülmektedir. Ülser zemininde iltihabi granülasyon dokusu, lümende serbest keratin lamelleri, iltihabi elemanlar, epitelyum altında fibroadipoz doku görülmektedir. (H.E. X 30)



Resim-2-B: Kesitin başka bir alanından detaylı görünüm: Homojen kalınlıkta skuamöz epitel örtüsü. Üstte lümen tarafında kist epitelinin ülseröz yerinden kopan iltihabi granülasyon doku parçası ve arada parakeratin lamelleri görülmektedir. (H.E. X 75)



Resim-3: Ameliyattan sonraki 9. ay radyografik görünüm

KAYNAKLAR

1. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med* 1994;23:1-11
2. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji, Odontojenik Kistler ve Tümörler. Birinci Baskı Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti. 2001:34.
3. Cawson RA, Odell EW. *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*; Churchill Livingstone, 6th Edition. Edinburgh. *Cysts of the Jaws*. 1998:106-108.
4. Li T-J, Browne RM, Mathews JB. Epithelial cell proliferation in odontogenic keratocysts: a comparative immunocytochemical study of Ki-67 in simple, recurrent and basal cell naevus syndrome (BCNS)-associated lesions. *J Oral Pathol Med* 1995;24:221-226

5. Lí T-J, Browne RM, Mathews JB. Quantification of PCNA positive cells within odontogenic jaw cyst epithelium. *J Oral Pathol Med* 1994;23:184-189
6. Voorsmit RA, Stoelinga PJ, van Haelst UJ. The management of keratocysts. *J Maxillofac Surg* 1981;9:228-236
7. Forssel K, Forssel H, Kahnberg KE. Recurrence of keratocysts in a long-term follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17:25-28
8. Regezi JA, Sciubba JJ. *Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations; Cysts of the Oral Region. 3rd Edition, W.B. Saunders Company Philadelphia. 1999:302.*
9. Pharoah W. *Oral Radiology Principles and Interpretation; Section Five: Radiographic Interpretation of Pathology; Cysts of The Jaws. Mosby, St. Louis. 4th: 2000:364*
10. Douglas CW, Craig GT. Recognition of protein apparently specific to odontogenic keratocyst fluids. *J. Clin. Pathol.* 1986;39:539-541
11. Morgan TA, Burton CC. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:635-639
12. Williams TP, Connor FA Jr. Surgical management of the odontogenic keratocysts: aggressive approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:964-966
13. Ephros H, Lee HY. Treatment of large odontogenic keratocyst using the Brosch procedure. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:871-874
14. Brandum N, Jensen VJ. Recurrence of keratocysts and decompression treatment: a long term follow-up of forty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:265-269
15. Bramley P. the odontogenic keratocyst: an approach to treatment. *Int J Oral Surg* 1974;3:337-341
16. Bataineh AB, Al Qudah MA. Treatment of mandibular odontogenic keratocysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;86:42-47
17. Schmidt BL, Pogrel MA. The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the management of odontogenic keratocysts. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:720-725
18. Blanas N, Freund B, Schwarz M. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:553-558

Yazışma Adresi:

Dt. Fatih Özan
Cumhuriyet Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD.
Tel : 0 346 2191010/2798
Faks: 0 346 2191237
E-posta: fozan@cumhuriyet.edu.tr