

Vaka Raporu/Case Report

Mandibular Üçüncü Molar Dişin Dev Paradental Kistinin Radyolojik Değerlendirmesi ve Cerrahi Tedavisi Olgu Sunumu

Radiologic Examination And Surgical Treatment of Huge Paradental Cyst Of Mandibular Third Molar Tooth Case Report

Sema KAYA¹, Alaettin KOÇ¹, Yusuf Rodi MIZRAK², Serap KESKİN TUNÇ²

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD, Türkiye

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Türkiye

ÖZET: Paradental kistler; dişlerin servikal ve distal yüzeylerinde embriyolojik dönemden kalan epitel artıklarından gelişen kistlerden biridir. Bu olgu sunumumuzda otuz yaşındaki kadın hasta mandibular üçüncü molar dişinin distalinden başlayarak mandibula ramusuna kadar uzayan büyük radyolüsent lezyon için dış merkezden fakültemize yönlendirilmiştir. Hasta gerekli klinik ve radyolojik değerlendirmeden sonra paradental kist ön tanısı ile Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Lezyon kaynağı olan dişin çekimi yapılmıştır. Ayrıca kist oldukça büyük bir hacme sahip olduğundan dekompresyon tedavisine başlanmıştır. Tedavisi yapılmayan perikoronar enfeksiyonlu dişlerden paradental kist gelişebileceği ve bu kistlerinde osteomyelite sebep olabileceği unutulmamalı, tanı ve tedavisinde dikkatli davranılmalıdır.

Anahtar Kelimeler; Paradental Kist, dekompresyon, Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi, mandibular üçüncü molar.

ABSTRACT: Paradental cyst is one of the cysts which develop from the epithelial residues remaining from the embryologic period on the cervical and distal surfaces of the teeth. In this case report, a thirty-year-old female patient was referred from an external center to our faculty owing to a large radiolucent lesion locating from the distal of the mandibular third molar tooth to the ramus of the mandible. After the clinical and radiological examination, the patient was referred to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery with a pre-diagnosis of paradentalcyst. The tooth associated with the lesion was extracted. Furthermore since the cyst has a large volume, decompression treatment was started. It should be kept in mind that paradental cysts may develop from untreated pericoronar infected teeth and these cysts may cause osteomyelitis. Therefore the diagnosis and the treatment should be considered carefully.

Key words: Paradental Cyst, decompression, Cone Beam Computed Tomography, mandibular third molar

GİRİŞ

Paradental kistler ilk olarak 1930 yılında Hofrath ve arkadaşları tarafından tanımlanmış ve WHO sınıflamasına göre iltihabi odontojenik kistler sınıfında yer alan kistlerdir (1,2). Paradental kistler; diş ait kök lateral yüzünün daha servikal bölgesinde periodontal cepte gerçekleşen inflamatuvar bir sürecin sonucunda oluşan kistlerdir. Bu kistler genel olarak, erüpsiyonunu tamamlamış, mandibular molar dişlerin, bukkal ve distal yüzeylerinde görülmektedir ancak ayırt edici olarak perikoronitis görülmüş mandibular üçüncü molar dişlerden kaynaklandığı da bilinmektedir. İlk zamanlarda paradental kistleri tanımlamak amacıyla; inflamatuvar kollateral kist, enfekte bukkal kist, paradental kist, mandibular enfekte bukkal kist, inflamatuvar paradental kist, erüpsiyon cebi kisti, Hofrath kisti, bukkal bifurkasyon kisti gibi isimler gündeme gelmiştir (3).

Paradental kistler bir diğer deyişle bukkal bifurkasyon kistleri odontojenik kist kategorisi içerisinde %3 ile %5 arasında bir görülme yüzdesine sahiptirler. Bu görülme oranları göz önüne alınarak bir değerlendirme yapıldığında ise bunların yaklaşık %61,4'ü mandibular üçüncü molar diş kaynaklı geliştikleri görülmüştür. Hofrath tarafından 1930 yıllarında yapılan çalışmalar neticesinde de paradental kist görülen üçüncü molar dişlerde öncesinde perikoronitis olduğu ve bunlardan köken aldığı düşünülmektedir (1).

Bu kistlere ait etiyoloji henüz belli değildir. Ancak bazı hipotezler ortaya atılmıştır. Malassez epitel hücre kalıntılarının proliferasyonu ya da dental lamina artıklarının rol oynamasıyla

meydana geldiği düşünülmektedir. Ayrıca dişlerin erüpsiyonu esnasında meydana gelen diş eti inflamasyonlarının da odontojenik epitelyum proliferasyonunu stimüle ettikleri görülmüştür (4).

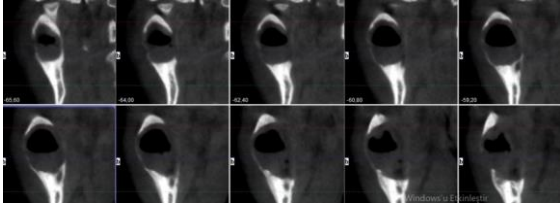
Bu olgu sunumunda mandibular üçüncü molar dişin muhtemelen öncesinde perikoronitis enfeksiyonu sonrasında gelişen; mandibular ramusa kadar uzanan büyük paradental kistin radyolojik değerlendirilmesi ve cerrahi tedavisi anlatılacaktır.

OLGU SUNUMU

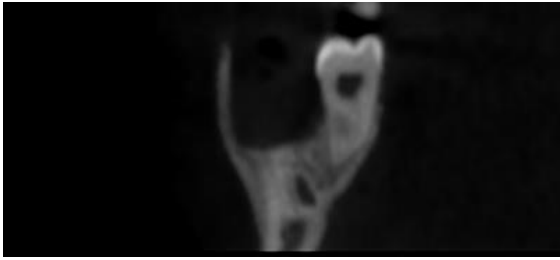
Dış merkezden mandibulada görülen radyolüsent lezyon için fakültemiz Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na yönlendirilen otuz yaşındaki kadın hasta klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmiştir. Klinik değerlendirme sonucunda hastanın herhangi sistemik bir hastalığının olmadığı görülmüştür. Hastada ekstra oral herhangi bir bulguya saptanmamıştır. Hastadan panoramik radyografi alınmış ve yapılan radyolojik inceleme neticesinde sağ mandibular üçüncü molar diş distalinden başlayan ve mandibula ramusuna kadar uzayan, koronoid çıkıntıda malformasyona neden olduğu düşünülen yer yer taraksı şekilli, uniloküler, radyolüsent bir lezyon izlenmiştir. Lezyon ayrıca mesialde mandibular ikinci molar dişin distal kökünün koronal 1/3 ve orta 1/3'lük kısımlarına denk gelen kemik yüzeylerinde rezorpsiyona neden olduğu görülmüştür (Şekil-1). Lezyonun sınırlarının, içeriğinin ve komşu yapılarla ilişkilerini değerlendirmek amacıyla hastadan konik ışınlı bilgisayarlı tomografi alınmıştır (KaVo 3D EXam (Biberach, Germany)).



Şekil 1: Hastaya ait ilk panoramik radyografi



Şekil 2: Lezyona ait konik ışınli bilgisayarlı tomografi krosseksiyonel görüntüler. Beyaz oklar ramus smedial yüzeyinde destrüksiyon alanlarını, sarı oklar ise lateral yüzeydeki destrüksiyon alanlarını göstermektedir.



Şekil 3: Lezyonun üçüncü molar dişi bir bütün olarak linguale ittiğini gösteren konik ışınli bilgisayarlı tomografi parasagittal kesit görüntüsü.

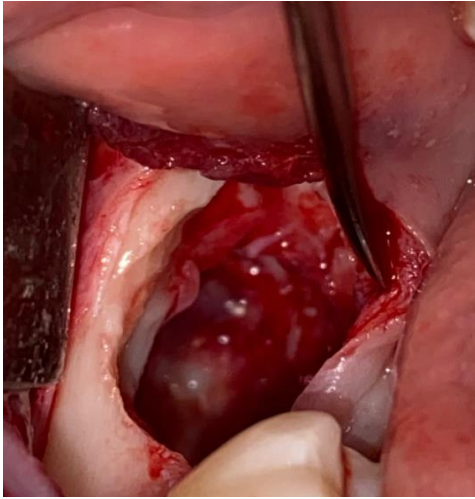
Olgumuza ait konik ışınli bilgisayarlı tomografi aksiyal kesit görüntü incelemelerinde; mandibular sağ ikinci molar diş mesial kökünden başlayarak mandibular ramus üst sınırına kadar uzayan iyi sınırlı, uniloküler etrafı miks bir lezyon izlenmiştir. Lezyonun ramus medial ve lateral yüzeylerinde ekspansiyona ve destrüksiyona neden olduğu görülmüştür. Lezyon büyüklüğü 22,38*36*99*45,60 mm olarak hesaplanmıştır. Sagittal kesit incelemelerinde lezyonun mandibular

foramen bölgesinde mandibular sinir ile ilişkide olduğu ancak anteriora doğru ilerleyen kesitlerde kanalın izole bir şekilde izlenebildiği görülmüştür (Şekil-2). Ayrıca lezyona ait parasagittal kesit görüntülerinde üçüncü molar dişin kuron ve köklerinin linguale doğru hareket ettiği görülmüştür (Şekil-3). Alınan tomografi görüntüleri değerlendirildikten sonra hasta paradental kist ön tanısı ile fakültemiz Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. İlgili bölümde hastadan insizyonel biyopsi yöntemi ile biyopsi alınarak histopatolojik değerlendirme yapılması için numune patoloji laboratuvarına gönderilmiştir. Lezyonun büyüklüğünün fazla olması enükleasyon tedavisini mümkün kılmadığından hastaya dekompresyon tedavisi uygulanma kararı alınmış ve aynı seansta mandibular üçüncü molar diş çekilerek, mandibular retromolar bölgeye dren yerleştirilmiştir (Şekil 4-5). Dekompresyon tedavisi başlanan hasta operasyondan sonraki ikinci, dördüncü ve on dördüncü aylarda kontrole çağrılmış ve kontrol amacıyla panoramik radyografi alınmıştır (Şekil 6-7). Tanı konulan radyografiler ile kontrol radyografileri karşılaştırıldığında; lezyon periferinden başlayan yeni kemik oluşum alanları ve lezyon içeriğinin ise daha miks bir görünüm kazandığı fark edilmiştir (Şekil 6-7). Hastanın on dördüncü ay kontrol radyografisi değerlendirildikten sonra dekompresyon tedavisine devam etme kararı alınmış; operasyon sonrası on yedinci ayda tekrar kontrole çağrılmış; lezyon büyüklüğünde yeterli seviyede küçülme görüldüğü takdirde enükleasyon tedavisi yapılması planlanmıştır. Ayrıca yapılan son radyolojik ve klinik

değerlendirmelerden sonra; alt sağ ikinci seviyede mobilite ve şiddetli kemik rezorpsiyonu görüldüğünden çekim kararı alınmıştır. Hastadan yapılan tüm işlemler için bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

TARTIŞMA

Mandibular üçüncü molar dişlerde görülen kistlerin yaklaşık olarak %25'ini paradental kistler oluşturmaktadır (5). Paradental kistler daha çok kadınlarda görülürken; görülme yaşı 18 ile 47 yaşlardır. Erkeklerde ise bu yaş aralığı kadınlara oldukça benzer olup 20 ile 47 yaşlardır (6).



Şekil 4: İnsizyonel biyopsi alındıktan sonra; dren yerleştirmeden önceki intra oral görüntü.



Şekil 5: Dren yerleştirildikten sonra bölgenin primer kapatılması.



Şekil 6: Dekompresyon tedavisi sonrası dördüncü ay kontrol radyografisi

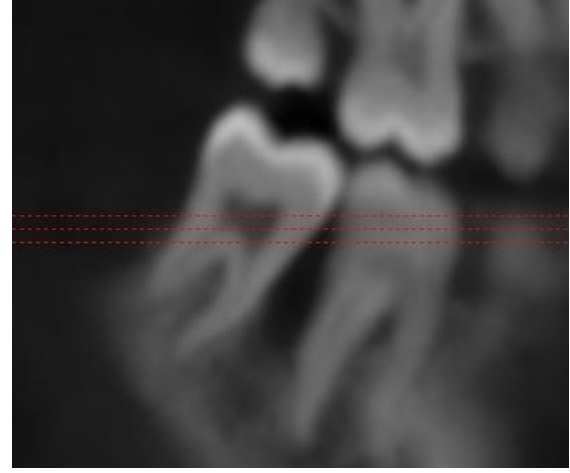


Şekil 7: Dekompresyon tedavisi sonrası on dördüncü ay kontrol radyografisi

Olgu sunumumuzdaki hasta da çoğunluğa benzer şekilde kadın hasta olup; yaş aralığı da ortalama yaş grubuna uymaktadır. Paradental kist gelişen mandibular üçüncü molar dişlerin yaklaşık %64,9'unda öncesinde perikoronar enfeksiyon gelişmiş olduğu görülmüştür (3). Vakamızda da tedavi edilmemiş bir perikoronar enfeksiyonun böyle bir kist gelişimine zemin oluşturduğu düşünülmektedir. Wolf ve Hiatanen'in yaptığı çalışmanın neticesinde paradental kistlerden osteomiyelit gelişebildiği rapor edilmiştir (7). Vakamızda osteomiyeliti düşündürecek bir bulguya saptanmamıştır. Bu hastalarda yoğun bir şekilde inflamasyon görülürken; lezyon görülen dişin distal veya bukkal yüzünde derin cepler saptanmaktadır (3). Vakamızda distal kök yüzeyinde ileri derecede

rezorpsiyon olduğu radyografik olarak görülmüştür.

Paradental kistlerin radyolojik tanısında; küçük boyuttaki lezyonlar için periapikal ve okluzal radyografi yöntemleri faydalı olurken; daha büyük boyutlara erişmiş lezyonlar için ise panoramik radyografi ve konik ışınli bilgisayar tomografi yöntemlerinin daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Kistlerin büyüklükleri genellikle 10 ile 15 mm arasında değişmektedir (8). Paradental kistler radyografilerde spesifik olarak her zaman kökleri çeşitli seviyelerde kapsayan ve genellikle bukkal tarafta yer alan U şeklinde uniloküler formda, muntazam sınırlara sahip radyolüsent alanlar olarak izlenmektedir. Bu kistlerin etkilediği dişlerin periodontal ligamentleri ve lamina duraları normal olarak izlenirken; ilgili diş köklerinin lingual tarafa doğru devrildiği görülmüştür. Ayrıca çoğu vakada mandibula alt sınırında lineer tip veya soğan kabuğu görünümünde periostal reaksiyona neden olduğu görülmüştür (9-10). Olgumuza ait konik ışınli bilgisayarlı tomografi aksiyal kesit görüntü incelemelerinde ise; lezyon büyüklüğü 22,38*36*99*45,60 mm olarak hesaplanmış ve normal boyutlara nazaran çok daha büyük boyutlarda olduğu görülmüştür. Ayrıca bizim olgumuzda da üçüncü molar dişin kron ve kök olarak linguale itildiği görülmüştür (Şekil-3). Genel olarak lezyon görülen dişin periodontal ligament ve lamina durası normal görülürken; lezyonun diş kökleri etrafındaki kemikte ileri seviyede rezorpsiyona neden olduğu için lamina durada bozulmalar ve periodontal aralıkta genişlemeler olduğu dikkat çekmiştir (Şekil-8).



Şekil-8: Üçüncü ve ikinci molar dişlerin periodontal aralıklarında meydana gelen genişleme ve lamina duradaki bozulmayı gösteren konik ışınli bilgisayarlı tomografi sagittal kesit görüntüsü.

Paradental kist gelişen dişlerin bifurkasyon bölgelerinde bulunan; mine çıkıntılarında arta kalan epitelyum artıklarının proliferasyonun kistlerin gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir. Paradental kistlerin histopatolojik değerlendirmelerinde bu kistlerin radiküler kistler ile benzer histopatolojik özellikler gösterdiği görülmüştür (11). Bu kistlerin histolojik incelemelerinde yoğun bir şekilde inflamatuvar hücre içeren bağ doku kapsülüne sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca bu kistlerin nonkeratinize yapıda çok katlı yassı epitelyum içerdikleri görülmüştür (12). Bizim olgumuzda ise biyopsi materyali; yoğun lenfoplazmositer inflamatuvar hücre infiltrasyonu içeren granülasyon dokusu parçalarından oluşmuştur; ayrıca ağız mukozası epiteli ile devamlılık gösterdiği görülmüştür. Rejeneratif değişiklik gösteren nonkeratinize çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik görünümde lezyon izlenmiştir. Beraberinde kist duvarında da yoğun

kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu bulunmuştur. Sitolojik örneklerde ise yoğun debris, bakteri kolonileri ve polimorf nüveli lökositlerden oluşan eksuda içerdiği görülmüştür. Paradental kistlerde önerilen tedavi şekli kistin enükle edilmesi, lezyon gelişmesine neden olan dişin çekilmesi ve lezyon duvarlarının titiz bir şekilde kürete edilmesidir (13). Ayrıca paradental kistler; birinci ve ikinci molar diş kaynaklı oluşmuş ancak diş köklerini kapsamıyor ve enfekte değilse sadece kist enükle edilerek dişler ağızda tutulabilir (13). Ayrıca paradental kistlerde ilgili dişler vitaldir (8). Bu lezyonların ayırıcı tanısında lateral kistler, şiddetli lokalize periodontitisler, odontojenik keratokistler, dişin erüpsiyonundan sonra gelişen lateral dentigeröz kistler, dev hücreli granülomalar, squamoz odontojenik tümörler ve histiyositozis X lezyonları göz önünde bulundurulmalıdır (3).

SONUÇ

Özellikle üçüncü molar diş perikoronar enfeksiyonlarından paradental kist, bu kistlerden de osteomyelit gelişme ihtimali oldukça yüksek olduğundan mevcut perikoronar enfeksiyonlar etkili bir şekilde tedavi edilmelidir. Ayrıca radyolojik olarak bulgu vermeye başlayan küçük kistler de dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli; paradental kist gelişme ihtimali göz önünde bulundurularak perikoronar enfeksiyon kaynaklı olduğu düşünülüyorsa operkülektomi yapılmalı veya ilgili diş çekilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hofrath, H. Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wandung einer Zahncyste, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Kiefer-Zahncysten. Dtsch Monatsschr Zahnheilkd, 1930; 48: 65-76.
2. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. Cancer. 1992; 70(12):2988-2994.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Sui Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. J Oral Pathol Med. 2004; 33(3):147-155.
4. Lacaita MG, Capodiferro S, Favia G, Santarelli A, Lo Muzio L. Infected paradental cysts in children: a clinicopathological study of 15 cases. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006; 44(2):112-115.
5. Colgan CM, Henry J, Napier SS, Cowan CG. Paradental cysts: a role for food impaction in the pathogenesis? A review of cases from Northern Ireland. Br J Oral Maxillofac Surg. 2002; 40(2):163-168.
6. Cawson RA and Odel EW. Cysts of the jaws. Essentials of oral pathology and oral medicine. Sixth Edition. New York: Churchill Livingstone, 1998; 97-116.
7. Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. Br J Oral Maxillofac Surg. 1990; 28(5):322-325.
8. Carvalho A, Filho HN and Eric T. Rippert. Periapical radiolucency in the mandibular molar region. J Oral Maxillofac Surg. 2002; 60: 186-189.
9. Chrcanovic BR, Reis BM, Freire-Maia B. Paradental (mandibular inflammatory buccal) cyst. Head Neck Pathol. 2011;5(2):159-64.

10. Borgonovo AE, et al. Paradental cyst of the first molar: report of a rare case with bilateral presentation and review of the literature. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2012;30(4):343-8.

11. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1989;68(2):182-8.

12. Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. Br J Oral Maxillofac Surg. 1990;28(5):322-325.

13. Fowler CB, Brannon RB. The paradental cyst: a clinicopathologic study of six new cases and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 1989;47(3):243-8.

Öğr. Gör. Sema Kaya "Mandibular Üçüncü Molar Dişin Dev Paradental Kistinin Radyolojik Değerlendirmesi ve Cerrahi Tedavisi Olgu Sunumu" Van Diş Hekimliği Dergisi 2021;2(1); 63-69