

ODONTOJEN KERATOKİSTLERDE RESİDİV SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Tülin Özbayrak *, Cengizhan Keskin**, Zerrin Çebi **, Özen Doğan ***

Yayın Kuruluna teslim tarihi 5.3.1992

ÖZET

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalında, 1980-1987 yılları arasında operasyon geçirmiş ve histopatolojik tanısı odontojen keratokist olan 42 vaka, residiv sıklığı açısından incelendi. Kontrole gelen 17 keratokist vakasında, yapılan klinik ve radyolojik incelemelerde residiv görülmedi.

Kontrole gelen ve ameliyatlarının üzerinden en az 3, en fazla 10 yıl geçmiş olan 17 keratokist vakasında yapılan klinik ve radyolojik incelemelerde residiv görülmedi.

Residiv görülmeysi incelenen vaka sayısının azlığı ile ilgili olabileceği gibi, kanımızca, özellikle, keratokist vakalarında ileri sürüldüğü (% 5-% 62) kadar sıklıkta residiv olmayışı ile ilgilidir.

Anahtar sözcükler: Keratokist, residiv sıklığı.

EVALUATION OF THE RECURRENCE FREQUENCY OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS

ABSTRACT

42 cases operated at the department of Oral Surgery in the Dental Faculty of Istanbul University with the histopathologic diagnosis of keratocysts were investigated for residue occurrence.

No residue was observed clinically and radiologically in 17 keratocyst cases that were controlled over a period of 3-10 years postoperatively.

The lack of residue occurrence may be due to rather small number of cases observed. However, we think that residues of keratocyst are not encountered as often as set forth (% 5-% 62).

Key words: Keratocyst, frequency of recurrence.

GİRİŞ

Pindborg ve arkadaşları tarafından 1971'de önerilen ve Dünya Sağlık Teşkilâtınca yapılan çene kistleri sınıflamasında, primordial kistlerle keratokistlerin aynı kabul edildikleri görülmektedir (3,8,12).

Shafer'e göre primordial kistlerin % 45'i keratokistlerdir. Bütün odontojen kistler arasında keratokistlere % 6-7 oranında rastlanmaktadır (9).

Literatürde keratokistlerin (odontojenik keratokist, epidermoid kist, çene epidermoidi, keratinli epitel kisti, pseudokolesteatom, kolesteatom, primordial kist) çok çeşitli şekillerde ifade edildiği görülmüştür (2,3).

İlk defa 1956'da Philipsen tarafından patolojik olarak ayrı bir kist şekli olarak tanımlanan keratokistler residiv yapabilen ve hatta malign karakter kazanan kistlerdir (1,7,8,11,12).

Mikroskobik incelemede, epitel tabakası bağ dokusundan ince bir bazal membranla ayrılmıştır. Diğer kistlerdeki gibi çevresindeki bağ dokusuna papiller

uzantılar yoktur. Dik bir çit (palisad) şeklinde sıralanmış epitel hücrelerden meydana gelen bazal hücre tabakası üzerinde 4-6 kat kadar hücre yerleştiği görülür.

Belirgin bir ortokeratotik ya da parakeratotik keratinleşme vardır.

Bu kistler radyografide, mono veya polikistik boşluklar halinde sınırlanmış olup, kenarlarında periferik kemik kalınlaşması gösterirler. Enfekte kistlerde ise, net bir sınır gözlenemez. Büyük kistlerde, kenarların pürüzsüz olmaktan çok, girintiler gösterdiği ve buna da yoğun kemik rezorbsiyonunun neden olduğu söylenmektedir (12).

Keratokistlerin en önemli özellikleri, residue eğilimleri ve agresiv büyümeleridir. Bazal hücre tomurcuklanması, mikrokistler, epitel adacıkları residiv sıklığının nedeni sayılabilir. Bazı araştırmacılar, odontojen epitelin yüksek sellüler aktivitesinin ve mikrokistlerin oluşumunun, odontojen keratokistlerin residiv sıklığında önemli rol oynadıklarını öne sürmektedirler (4,10,12).

* Prof. Dr. İ.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

** Doç. Dr. İ.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

*** Dr. İ.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

Odontojen kistlerin karsinoma ve ameloblastoma dönüştüğü ve bu değişim potansiyelinin özellikle keratinize kistlerde yüksek olduğu bildirilmektedir (1,7).

Odontojen keratokistlerin tanısında klinik ve radyolojik özellikler yeterli olamamaktadır. Bunun yanında morfolojik tanı ve seçilecek tedavi yönteminin önemi büyüktür.

Bu kistler daha çok alt çenede (% 69 oranında) ve kanin dişin distalinden itibaren, özellikle akıl dişleri çevresinde ortaya çıkarlar. İleri yaşlarda daha sık görülürler (10,12).

% 59 oranında residiv yapabildiği söylenen bu kistlerde, residiv intraepitelyal yerleşmiş olan yavru kistlere bağlanmaktadır. Residivi önlemek için radikal enükleasyon ve kemikte revizyon önerilmektedir (4,8,12).

Değişik araştırmacılar tarafından, residiv oranı hakkında farklı değerler sonuçlar verilen odontojen keratokistlerin, kliniğimiz vakaları arasındaki, residiv sıklığını araştırma amacıyla bu çalışmayı yaptık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 1980-1987 yılları arasında, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalına başvurup, operasyon geçiren ve biopsi sonucu keratokist tanısı konmuş 42 hasta üzerinde yapıldı.

Histopatolojik inceleme sonucu, keratokist tanısı konan ve ameliyattan sonra en az iki yıl geçmiş hastalar residiv olup olmadığını saptamak amacıyla kontrole çağrıldılar. Çağrılan 42 hastadan, 17'si kontrole geldi. Bu 17 hastada, hastalığın residiv yapıp yapmadığını araştırmak için, klinik ve radyolojik incelemeler yapıldı.

BULGULAR

Klinik ve radyolojik kontrollerini yapmak için çağırdığımız 42 keratokist hastasının 26'sı kadın, 16'sı erkekti. Yaşları 7 ile 70 arasında değişmekteydi.

Kontrol için bize başvuran 17 hastanın 7'si kadın, 10'u erkekti ve yaşları 13-59 arasında değişmekteydi.

Bu vakalardan 13'ünün alt çenede, 4'ünün ise üst çenede olduğu tesbit edildi.

Kontrole gelen vakaların 15'inin tedavi şeklinin enükleasyon (Partsch II), 2'sinin ise marsüpiyalizasyon (Partsch I) olduğu saptandı.

Klinik ve radyolojik kontrolleri yapılan 17 hastanın, hiçbirinde residiv görülmedi.

Çağrılan ve kontrole gelmeyen hastaların çoğunun büyük olasılıkla, herhangi bir şikayeti olmadığını düşünmekteyiz.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Odontojen keratokistler residiv yapmaya olan eğilimlerinden dolayı çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmişlerdir (4,5,6,8,10,11,13).

Wright 1981'de yaptığı 24 vakalık kontrol çalışmasında yalnız bir residive rastladığını ifade etmiştir (13).

Anneroth, 1982'de yaptığı araştırmasında, odontojen keratokistlerin residiv oranının yüksek olduğunu ve bunun da, keratokist epitelinin yüksek proliferatif aktivitesinden kaynaklanabileceğini bildirmiştir (1).

Shear, 1983'te yaptığı araştırmada residiv oranının % 5'ten % 62'ye kadar varabildiğini belirtmiştir (10).

Freiburg, 1985'te odontojen keratokistlerin residiv sıklığının, uygulanan tedavi yöntemiyle ilgili olduğunu, kistostomi (Partsch I) yapılan vakalarda residiv oranının % 17.6, kist mukozasının enükleasyonu şeklinde yapılan müdahalede ise (Partsch II) residivin sadece % 5 oranında olabileceğini ifade etmiştir (5).

Reff-Eberwein ve arkadaşları, 1985'te 82 odontojen keratokist vakasını araştırmış ve bunların % 56'sında residiv gördüklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada, residivlerin yarısından çoğunun ilk 5 yılda ortaya çıktığını ve hastaların 10 yıl süreyle kontrol altında tutulmaları gerektiğini vurgulamışlardır (8).

Spitzer ve arkadaşları, 1985'te 30 odontojen keratokist vakasının incelenmesi sonucu, bu kistlerin residive olan eğilimlerinden söz etmişler ve residiv sıklığının % 10 ile % 63.5 arasında değişebileceğini açıklamışlardır (12).

Haring ve arkadaşları ise, 1988'de 60 vakalık odontojen keratokist vakası üzerinde yaptıkları çalışmada residiv oranını % 8.3 olarak bulduklarını bildirmişlerdir (6).

Çalışmamızda incelediğimiz ve ameliyat sonrası üzerinden 2-7 yıl geçmiş olan keratokist vakalarının hiçbirinde residiv görülmedi.

Bu keratokist vakalarında residive (ve hatta maligniteye) rastlamamış olmamızın nedenleri, kanı-

mızca incelenen vaka sayısının azlığı ile ilgili olabileceği gibi, özellikle keratokistlerde ileri sürüldüğü gibi yüksek oranda % 5-% 62 gibi) residiv olamayacağından kaynaklanmaktadır.

Sonuç olarak, hernekadar araştırmamızda ince-

lenen vakalarda residiv görülmemesi, residiv oranının çok düşük olabileceğini belirtmekteyse de, keratokist hastalarının ameliyattan sonra, residiv açısından kontrollerinin yapılması gerektiği inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Anneroth, G., Hansen, L.S.: Variations in Keratinizing Odontogenic Cysts and Tumors. *Oral Surg.*, 1982; **54**: 530-545.
2. Archer, W.H.: Oral and Maxillofacial Surgery. 5th ed. Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders Company 1975; 623-626.
3. Becker, R.: Praxis der Zahnheilkunde II. Band. München, Berlin, Wien: Urban Schwarzenberg, 1973; 37: 29-31.
4. Brannon, R.B.: The Odontogenic Keratocyst. A Clinicopathologic Study of 312 Cases. Part I. Clinical Features. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 1976; **42**: 54-72.
5. Freiburg, S.: Die Dignitat der Keratozysten Beim Gorlin-Goltz Syndrom. *Dtsch Zahnaerzt Z*, 1985; **40**: 525-528.
6. Haring, J.I., Van Dis, M.L.: Odontogenic Keratocysts: A Clinical, Radiographic and Histopathologic Study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 1988; **66**: 145-153.
7. MacLeod, R.I., Soames, J.V.: Squamous Cell Carcinoma Arising in A Odontogenic Keratocyst. *Br. J. Oral Maxillofac Surg.*, 1988; **26**: 52-57.
8. Reff-Eberwein, G., Donath, K., Schmitz, R.: Die Odontogene Keratozyste. *Dtsch Zahnaerzt Z*, 1985; **40**: 514-520.
9. Shafer, W.G., Hine, M.K., Levy, B.A.: A Textbook of Oral Pathology. 4th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Comp. 1983; 271-273.
10. Shear, M.: The Odontogenic Keratocyst: Recent Advances. *Dtsch Zahnaerzt Z*, 1985; **40**: 510-513.
11. Siar, C.H., Ng, K.H.: Orthokeratinized Odontogenic Keratocysts in Malaysians. *Br.J.Oral Maxillofac Surg.*, 1988; **26**: 215-220.
12. Spitzer, W.J., Steinhäuser, W.: Röntgenbefunde bei Odontogenen Keratozyste. *Dtsch Zahnaerzt Z*, 1985; **40**: 602-605.
13. Wright, J.M.: The Odontogenic Keratocyst: Orthokeratinised Variant. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, 1981; **51**: 609-611.

Yazışma adresi

Prof. Dr. Tülin Özbayrak

İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş, Çene Has. ve Cer. Anabilim Dalı

34390 Çapa / İstanbul