

Odontojenik ve Gelişimsel Çene Kistleri 8

Nida Geçkil¹

Katibe Tuğçe Temur²

Özet

Kistler etrafı bağ doku ile çevrili ve iç yüzü epitelle döşeli, sıvı ya da yarı sıvı kıvamda materyal ile dolu olan patolojik yapılardır. Çene kemikleri, epitel artıklarının fazla bulunması sebebiyle kistlerin sıklıkla lokalize olduğu bölgelerdir. Kaynaklandıkları epitele göre odontojenik veya non-odontojenik (Fissüral) olarak incelenirler. Odontojenik kistler dental yapıların gelişimi ile ilişkili epitel dokudan kaynaklanırken; nonodontojenik kistler embriyolojik fissür hattı boyunca yumuşak ve kemik dokuya epitelin inklüzyonu sonucu oluşur. Odontojenik kistler kemikte lokalizedir ve nadiren ilişkili yumuşak dokuda görülebilir. Gelişimsel ve inflamatuvar olarak ikiye ayrılır. Gelişimsel olanlar içinde dentigeröz kist, odontojenik keratokist gibi diş gelişimi sırasında oluşan kistler, inflamatuvar grupta ise radiküler kist yer alır. Non-odontojenik kistler çoğunlukla enfekte olmadığında semptom vermezler. Odontojenik kistler içinde en sık radiküler kist, non-odontojenik kistler içinde ise en sık nazopalatinal duktus kisti görülmektedir. Çene kistlerinin çoğu benzer klinik davranışlar sergiler. Genellikle yavaş olarak büyürler ve çene bölgesindeki şişliklerin en sık nedenlerindedir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile verilir.

Giriş

Epitel doku ile çevrili kemik içi kistler insan vücudunda en sık çene kemiklerinde görülür. Çenelerde görülen bu kistlerin sıklıkla oral mukoza epiteli ve odontojenik epitel gibi ektodermal yapılardan geliştiği sanılmaktadır. Gelişimsel kistlerin etiyojisinde ektoderm kaynaklı epitel rol aldığı için odontojenik kistlerle aynı sınıfta oldukları ileri sürülmektedir.

Günümüzde odontojenik kistlerin sınıflamasında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2005 yılında önerilen sınıflama kullanılmaktadır. Bu sınıflamaya göre, odontojenik kistler de odontojenik gelişim kistleri ve inflamatuvar odontojenik kistler olarak iki ana gruba ayrılmıştır.

1 Dr Öğretim Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, nidayesil@hotmail.com, Orcid: 0000-0003-3252-8398

2 Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Ana Bilim Dalı, Niğde, Türkiye

1. Çene Kistleri:

1.1. Odontojenik Gelişim Kistleri

Yeni doğanların gingival (alveolar) kisti

Erişkinlerin gingival kisti

Erüpsiyon kisti

Dentigeröz (folliküler kist)

Keratokistik odontojenik tümör (Odontojenik Keratokist)

Lateral periodontal kist (Botryoid Odontojenik Kist)

Glandüler odontojenik kist (Sialo- odontojenik kist)

1.2. İnflamatuvar odontojenik kistler

Radiküler kist

Rezidüel kist

Bukkal bifurkasyon kisti

1.3. Fissural (nonodontojenik) gelişim kistleri

Nazolabial kist

Globulomaksiller kist

Nazopalatin kanal kisti (İnsisiv Kanal Kisti)

Median palatal kist

Yeni doğmuşun palatal kisti (Epstein İncisi, Bohn Nodülü)

Odontojenik ve gelişimsel çene kistlerinin kesin tanısında klinik, radyolojik ve histopatolojik veriler ayrı ayrı büyük öneme sahiptir. Kistlerin oluşum sebepleri birbirinden çok farklı olduğu gibi, epitel dokunun yapısı da tek başına tanı koymaya yetecek kadar spesifik olabilmektedir.

1.1. Odontojenik Gelişim Kistleri

1.1.1. Yeni doğanların gingival (alveolar) kisti:

Lümeni keratinle dolu, yeni doğanlarda alveolar mukozanın hemen altında yüzeysel yerleşim gösteren kistlerdir. Ciltteki epidermal kistlere benzerler. Kendiliğinden rüptüre olabilir. Bu kistler orta hatta olduklarında Epstein incileri ya da Bohn nodülleri olarak adlandırılırlar. Genelde maksillada görülür (1).

1.1.2. Erişkinlerin gingival kisti:

Erişkinlerde 5 ve 6. dekatta daha sık gözlenir. Boyut olarak bir santimetre çapında olabilir. Lateral periodontal kistlerin yumuşak dokudaki karşılığı olarak düşünülebilir. Yeni doğan kistinden farklı olarak mandibula kanin bölgesinde daha sık izlenir ve çok nadir de olsa kalsifikasyon odakları içerebilir. Tedavisinde eksizyon yeterli olmaktadır (1).

1.1.3. Erüpsiyon Kisti:

Çocuklarda sürmemiş süt dişi ya da daimi diş çevresinde görülebilir. Dentigeröz kistin yumuşak doku analogu olarak kabul edilir. Mukoza üzerinde hafif kabarık, translüsent bir görünümü vardır. Kist lümeninde kanama olduğunda morumsu renk alabilir. Kist epitelince, birkaç sıra çok katlı yassı epitel dokudur. Çoğunlukla kendiliğinden rüptüre olmaz ve dişin sürmesine engel teşkil eder. Böyle durumlarda en konservatif şekilde alveolar kret üzerinden kist epitelince kesilerek dişin sürmesi sağlanır (2).

1.1.4. Dentigeröz (folliküler) Kist:

Sürmemiş ya da kısmen sürmüş dişlerin mine- sement sınırından başlayarak kronunu sarmış görüntüsüyle karakterizedir. Nadir olarak lateral ya da diş kökünü içine alan görünümde olabilir. En sık 20 yaş diş çevresinde, ardından kanin bölgesinde görülür. Nadiren gömülü kalmış süt dişleri, sürnumere dişler ya da odontomalar çevresinde de izlenebilir. Gelişimsel odontojenik kistler arasında en sık görülen gruptur. İncelmiş mine epitelince ile diş kronu arasında kistik sıvı birikmesiyle oluştuğu tahmin edilmektedir. Genç erişkinlerde görülme sıklığı yüksektir. Asemptomatik ve küçük boyutta olabileceği gibi dişin sürmesine engel yaratabilir. Büyük boyutlara ulaştığında ekspansiyon ve yüzde asimetri gözlenebilir. Büyük ve ekspansiyon yapmış bir dentigeröz kist, ameloblastoma ve keratojenik odontojenik kist ile karışabilir. Uniloküler olması ayırıcı tanıda yardımcıdır (3).

Sekonder olarak enfekte olduğunda ağrı ve şişlik yaratabilir. Uzun süre fark edilmemiş vakalarda kistik basınç artarak ilgili dişin uzak noktalara itebilir. Nadir vakalarda diş köküyle ilişkili olduğunda kök rezorbsiyonu izlenebilir.

Histopatolojik olarak ise diagnostik bir bulgusu yoktur. Kist lümeni birkaç sıra keratinize olmayan çok katlı yassı epitelince döşelidir. Gevşek fibrokonnektif bağ doku içerebilir. Kist epitelince inflame olduğunda keratinizasyonlar görülebilir ancak bu görüntü belirgin değildir (4).

Tedavisi, kistin enükleasyonu ile beraber ilgili dişin çekimidir. Beraberindeki dişin sürmesi isteniyorsa diş çekilmeyerek takip edilebilir. Kistin yerleş-

mi anatomik olarak riskli bölgede ya da büyüklüğü çok fazla ise marsüpyalizasyon düşünülebilir. Odontojenik miksona, ameloblastoma ve keratokistik odontojenik kist ile ortak karakter ve görünümlere sahip olabileceğinden tedavi sonrası patolojik incelemesi yapılmalıdır.

Çok ender olarak dentigeröz kist zemininden neoplastik transformasyon ile ameloblastoma ve skuamoz hücreli karsinoma gelişebilir (5).

1.1.5. Keratokistik Odontojenik Tümör (Odontojenik Keratokist):

Oral patolojide oldukça sık görülen ve nükseden lezyonlardır. Dişin sert dokularının gelişimi esnasında ortaya çıktığı düşünüldüğünden önceleri primordiyal kist olarak adlandırılmıştır. Daha sonra, dişlerle beraber de görüldüğü, keratinize epitelle döşeli olduğu ve oldukça agresif karaktere sahip olduğu anlaşılarak odontojenik keratokist tanımı ön plana çıkmıştır (6).

Odontojenik keratokistler, ortokeratotik ve parakeratotik olarak iki alt gruba ayrılır. Ortokeratinize odontojenik keratokistler, sıklıkla genç yaşta mandibulada izlenir. Tek odaklı ve radyolüsent görüntüsü nüks etme potansiyelinin düşük olacağını işaret eder. Bununla birlikte sıklıkla gömülü dişlerle beraber karşılaşıldığından dentigeröz kistle de karışabilir. Kist epitelinde granüler ve keratotik tabakalar kalındır. Enükleasyon ile tedavi edilir (7).

Parakeratinize olan keratokistler çok daha agresif olup, neoplastik olarak sınıflanması gerektiği düşünülmektedir. Parakeratinize odontojenik keratokistler, odontojenik keratokistlerin % 10 kadarının oluşturur ve erişkinlerde görülür. Mandibula posterior ve ramus bölgesi en sık tutulum yapan bölgedir. Kist büyük boyutlara ulaştığında, şişlik, ağrı, fistül oluşumu, ekspansiyon izlenebilir. Gömülü dişle birlikte görüldüğünde dentigeröz kiste benzer görüntü verebilir ancak dentigeröz kist kadar kök rezorbsiyonuna sebep olmaz. Tanı tamamen histopatolojik olarak konulabilir. Kist duvarında satellit kistlerin görülmesi, eksizyonun çok geniş çapta yapılmasını gerektirir. Belirgin olmayan granüler tabaka ve düzensiz keratinize sıralanma, frajil bir epitel yapısı oluşturduğundan yalnızca enükleasyon tedavisi nüks ile sonuçlanabilir (8).

Gorlin sendromu olarak da bilinen nevoid bazal hücreli karsinomada oral bölgede çok sayıda parakeratinize tipte odontojenik keratokist izlenir. Gorlin sendromu, otozomal dominant geçişli patched gen mutasyonu ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Deride çok sayıda epidermal kist, bazal hücreli karsinoma, kifosyolyoz, mental retardasyon sendromun diğer bulguları arasındadır (9).

Parakeratotik tip odontojenik keratokistler enükleasyon ve çevre dokuların küretajı ile tedavi edilir. Nüks olasılığı, her nüksten sonra daha da artmak-

tadır. Tekrarlayan cerrahiler, çenelerde deformite ve patolojik kırık riskini artırmaktadır. Keratokistlerden çok ender olarak yassı epitel hücreli karsinoma gelişebilir (10).

1.1.6. Lateral Periodontal Kist (Botryoid Odontojenik Kist):

Nadir görülen bir gelişimsel odontojenik kisttir. Erişkinlerin gingival kisti ve glandüler odontojenik kistlere benzetilir ancak boyut ve lokalizasyon olarak kendine özgü bir antitedir. Mandibula kanin- premolar bölgede sıklıkla görülmekle birlikte, genelde 1 santimetreden küçük, diş kökünün lateralinde, sklerotik sınırlı olarak izlenir. Multiloküler olduğunda, üzüm salkımı görüntüsü verdiğinden botryoid odontojenik kist adını alır. Asemptomatiktir.

Histopatolojik olarak incelendiğinde epitel yapısı kuboidal ya da ince çok katlı yassı epitel türünde izlenir. Kist duvarında inflamasyon bulunmaması ayırıcı tanıda önemlidir. Enükleasyon ile tedavi edilir, beraberindeki diş korunabilir. Uniloküler olgularda nüks görülmezken botryoid tipte olanlar nüks edebilir (11).

1.1.7. Glandüler Odontojenik Kist (Sialo- odontojenik Kist):

Mukoepidermoid kist olarak da isimlendirilir. Kendine has histopatolojik görüntüsü vardır. Çok katlı yassı epitelin yüzeyinde asidofilik, kolumnar, kuboidal ve silialı hücreler izlenir. Epitelin içinde ise müsinli goblet hücreleri ve mikroglandüler yapılar bulunur. Epitel retesiz olduğundan bağ doku ile kolayca ayrılır. Kist duvarında satellit kistlere rastlanabilir, ancak inflamasyon yoktur (12).

Radyolojik olarak sklerotik hatlı, genelde multiloküler, mandibula anterior ve kanin bölgede izlenir. Asemptomatik olup büyük boyutlara ulaştığında ekspansiyon yapabilir. Kortikal kemik destrükte olduğunda mukoza altında fluktuan olarak palpe edilebilir. Dişlerle ilişkili olmayabilir (13).

Glandüler odontojenik kist, düşük dereceli mukoepidermoid karsinoma ile karıştırılabilir. Karsinomda, subepitelial yaygın invazyon saptanır. Ayrıca tipik bifazik morfoloji izlenir.

Lezyonun tedavisi enükleasyondur, ancak geniş rezeksiyon önerenler de vardır. Prognozu iyidir, büyük boyuta ulaşmamışsa nüks olasılığı düşüktür (13,14).

1.2. İnflamatuvar Odontojenik Kistler

1.2.1. Radiküler Kist:

Apikal bölgedeki inflamasyonun bölgedeki Malassez epitel artıklarını stimüle etmesiyle geliştiği düşünülmektedir. Çok sık görülmekle beraber rutin endodontik tedaviye cevap vermez. Nekrotik değişiklik, kemik içinde boşluk oluşturduktan sonra mediatörlerin etkisiyle periferde epitel çoğalır. Epitel hücreleri arasında sıvı birikmesiyle lezyon kist halini alır. Epitel proliferasyonu ve sıvı basıncı devam ettikçe kist büyür.

Tanısı akut inflamatuvar ataklar ve radyolojik olarak konabilir. Çok genişlediğinde ekspansiyon yapar, kemik destrükte olduğunda fistül oluşturabilir. Diş köklerinde rezorbsiyon ve mobilite izlenebilir (3,4).

Histopatolojik olarak non-keratinize yassı epitel ile döşelidir. Epitel üzerinde yuvarlak ya da çomak şekilli kalsifiye odaklar bulunabilir. Bu odaklar radiküler kiste özgü olup Rushton cisimleri adını alır. Kist üst çenede olduğunda epitelde mukus hücreleri, silialı epitel ve glandüler dizilim izlenebilir. Böylesi durumda, lezyon lateral yerleşimli olduğunda globülomaksiller kist ya da lateral periodontal kist ile karışabilir.

Tedavisi cerrahi enükleasyondur. Küçük lezyonlarda endodontik tedavi yapılarak takip edilebileceği öne sürülse de, benzer patolojik oluşumların ekarte edilmesi açısından çıkarılması en doğru yaklaşımdır. Uygun tedavi sonucunda nüks izlenmez (4).

1.2.2. Rezidüel Kist:

Dişsiz çenelerde, daha önce çekilen bir dişin apikaline uyacak şekilde izlenen düzgün sınırlı inflamatuvar odontojenik kist türüdür. Radiküler kistin yeterince kürete edilmemesi sonucu ortaya çıkabileceği gibi yalnızca granülom kalıntısından da gelişebilir. Tesadüfen ya da akut alevlenme sonucu fark edilir. Histolojik olarak radiküler kistle benzer yapıya sahiptir. Cerrahi enükleasyon sonrası nüks beklenmez (12).

1.2.3. Bukkal Bifurkasyon Kisti:

Mandibular molar bölgede izlenir. Dişlerin bukkal bifurkasyon bölgesindeki periodontal membran epitelinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Oluşumunda inflamasyonun rol oynadığı düşünüldüğünden bu sınıflamaya dahil edilmiştir ancak inflamasyon izlenmeyen vakalar da bildirilmiştir.

Klinik olarak ilk iki dekatta mandibular 1. veya 2. molar dişin sürmemesiyle fark edilir. Birinci molar diş ikinci molar dişten daha sık etkilenir. Dişler

daima vitaldir. Etkilenen moların bukkalinde sert bir şişlik vardır, sekonder olarak enfekte olmazsa ağrısızdır (3).

Radyolojik olarak mandibular 1. veya 2. molar bukkal furkasyonunda küçük bir radyolüsensi şeklinde olabileceği gibi, iyi kortikal sınırlı yuvarlak radyolüsensi şeklinde de görülebilir. En belirgin diagnostik özellik okluzal radyografide köklerin lingual kortikal tabakaya, okluzal yüzeyin ise bukkal tabakaya doğru yatmış görüntüsüdür. Sekonder enfeksiyon gelişirse, etkilenen dişin bukkal korteks bölgesinde periostal yeni kemik oluşumu görülür (3,4).

Ayrıcı tanıda periodontal apse veya Langerhans hücreli histiyositozis gibi patolojiler düşünülmelidir. Bukkal Bifurkasyon Kistinin bariz radyografik görüntüsü olan devrilmenin değerlendirilmesi için okluzal radyografi alınmalıdır. Ayrıcı tanı için önemli olan diğer bir patoloji ise dentigeröz kisttir. Bukkal bifurkasyon kistinin lokasyonu ve kronu sarmaması ayırıcıda önemlidir.

Tedavisinde konservatif küretaj yapılır. Kendiliğinden iyileşen vakalar da bildirilmiştir. Nüks beklenmez (3,4).

1.3. Fissural (nonodontojenik) gelişim kistleri

1.3.1. Nazolabial Kist:

Üst dudakta, maksiller ve nazal proseslerin birleşim hattında nazal alar bölge olarak tanımlanan bölgenin kistidir. Nazolakrimal kanal sistemi benzeri artıklar veya epitel inklüzyonları sonucu gelişebilir. Kist büyüdüğü takdirde burun kenarı yukarı kalkar ve mukolabial kıvrım silinir. Yüzde asimetrik bir görünüm oluşur. Enfekte olmadığı sürece ağrı olmaz. Sıklıkla kadın cinsiyette ve erişkinlerde görülür. Yumuşak doku kisti olduğundan rutin dental radyolojik tetkiklerde fark edilmez.

Belirli büyüklüğe ulaştığında, buruna veya ağız içine drene olabilir. Bilateral izlendiği vakalar bildirilmekle beraber nazolakrimal kanal inflamasyonlarıyla beraber de görülebilir.

Histolojik olarak psödostratifiye silialı, goblet hücresi içeren epitelle döşelidir. Döşeyici epitelde skuamoz metaplazi izlenebilir. Eksizyonla tedavi edilir, işlem ağız içinden yapılır.

Nazopalatin kanal kisti ve globulomaksiller kist ile ayrıcı tanısı yapılmıştır. Nazopalatin kanal kisti ve globulomaksiller kist kemik içinde izlenir. Bu bölgede görülebilecek diğer non-odontojenik kistler genellikle çocukluk çağında görülür.

Ayrıncı tanı histolojik olarak değil klinik ve radyolojik olarak yapılır. Mümkünse, yumuşak dokuların değerlendirilmesine olanak veren görüntüleme yöntemlerinden (ultrason, manyetik rezonans) faydalanılmalıdır (15).

1.3.2. Globulomaksiller Kist:

Nazal proses ile maksiller prosesler arasında geliştiği düşünülür. Bununla birlikte, gelişim fissürleri bölgesinde epitelyal inklüzyon kaldığı için ayrı başlıkta bir kist olarak incelenmesi konusu tartışmalıdır.

Lateral ve kanin dişler arasında kemik içinde lokalizedirler. Nadiren santiral ve lateral dişler arasında da yerleşebilirler. Fissüral gelişim kisti sınıfında olmasına rağmen kemik içi lokalizasyonlu olması, bu bölgedeki kistlerin tamamının odontojenik gelişim kisti olarak kabul edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu kistin aslında lateral periodontal kist ya da keratokist olduğu da savunulmaktadır.

İyi sınırlı, armut şekilli radyolüsent görüntü verir. Yakın ilişkide olduğu dişler vitaldir. Klinik ve radyolojik olarak tanı konulur. Enükleasyon sonrasında keratokistik yapıda değilse nüks beklenmez.

Histolojik görünümü karakteristik değildir. Epiteli yassı epitel olup bazen silialı, goblet hücresi içeren kolumnar epitel olabilir. Duvarında inflamasyon az ya da yoktur. Aynı bölgede dentigeröz kist veya keratokistler de bulunabilir (16).

1.3.3. Nazopalatin Kanal Kisti (İnsisiv Kanal Kisti):

Odontojenik olmayan, çenelerde en sık görülen gelişimsel fissural kist türüdür. Nazopalatin duktusun embriyolojik artıklarından köken alır. İnsisiv kanal burun tabanı ile insisiv papilla arasında seyredir. İçinde damar ve sinir yapıları bulunur.

Nazopalatin kanal kisti, radyolojik olarak orta hatta iyi sınırlı radyolüsent lezyon olarak görülür. Diş köklerinin apeksi hizasında izlenir. Diş köklerinde rezorpsiyon, ağrı, vitalite kaybı izlenmez. Ancak damak bölgesinde ağrı ve şişlik tarif edilir. Boyut olarak genellikle 1 santimetre civarındadır ancak daha fazla da büyüyebilir. Radyolojik olarak lezyon görüntüsü teşhis edilmiş, lezyon boyutu 6 milimetre ve daha küçük, klinik olarak semptom yok ise izlenen görüntü genişlemiş insisiv papil görüntüsü olabilir.

Nazopalatin kanal kistinin özgün bir histolojik görüntüsü yoktur. Siliyar kolumnar epitel, nonkeratinize çok katlı yassı epitel, psödostratifye siliyalı eğitel ya da goblet hücreli kolumnar epitel ile döşeli olabilir. Kist duvarında hafif ya da yoğun inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenir.

Radiküler kist ve genişlemiş insisiv papil ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Cerrahi olarak enükleasyon sonrası çok nadir olarak nüks izlenebilir (17).

1.3.4. Median Palatal Kist:

Maksiller palatal proseslerin birleşme hattında görülen fissüral gelişim kistidir. Nadir görülür ve asemptomatiktir. Nazopalatin kanal kistine çok benzer ancak daha arkada lokalizedir. İnsisiv kanalla ilişkisi olmayıp, oklüzal radyografilerde çok iyi teşhis edilir. İyi sınırlı ve radyolüsent kist görüntüsüyle fark edilebilir.

Palatal bölgede yerleştiğinden burun tıkanıklığı ve ve ağız mukozasında kabarık bir alan yaratabilir. Enfekte olmaz ise asemptomatiktir, fluktuan şişlik şeklinde palpe edilir. Orta hatta bulunur ve simetriktr.

Histopatolojik görünümü nazopalatin kanal kisti ile benzerdir. Çok katlı yassı epitel ile silialı psödoatrofiye epitel ile döşelidir. Kist duvarında kıkırdak yapı ve tükruk bezi dokusu bulunmaması ile tükruk bezi patolojilerinden ayrılır. Tedavisi basit enükleasyon olup nüks bildirilmemiştir.

1.3.5. Yeni Doğmuşun Palatal Kisti (Epstein İncisi, Bohn Nodülü):

Yeni doğmuş bebeklerin palatal mukozasında fark edilen inklüzyon kistleridir. Sert ve yumuşak damak hattına yakın olup orta hatta izlenir. Palatal birleşme sırasındaki epitel inklüzyonlarından geliştiği düşünülmektedir.

Yeni doğmuşlarda görülen bir başka kist olan gingival kist ise dental lamina artıklarından köken alır. Birkaç milimetre çapında ve sarı renkli olup, kendiliğinden rüptüre olur (18).

2. Odontojenik Kistlerden Gelişen Karsinomlar

Çene kemikleri içinde primer karsinom nadir olarak görülür. Görülen vakaların ise odontojenik epitel kökenli olduğu düşünülür. Bu nedenle bu tümörler intraosseöz karsinom ya da odontojenik karsinom olarak adlandırılır.

Rezidüel odontojenik kistler uzun süre ağızda kaldıklarında ya da aynı şekilde ameloblastomlar risk oluştururlar. Odontojenik kistin epitelinde displastik değişiklikler izlenmiş ise karsinomatöz dönüşüme daha yatkın olduğu bilinmektedir. Bu değerlendirmeye göre, keratokist, dentigeröz kist ve lateral periodontal kist duvarından karsinom gelişme riski nispeten yüksektir.

Yaşla birlikte karsinom görülme sıklığı artar. Ağrı ve şişlik şikayetleriyle beraber radyolojik olarak düzensiz bir görünüm izlenir (19).

Lezyonun odontojenik kist duvarından gelişen primer intraosseöz karsinom olduğu üzerindeki mukozanın korunmuş olmasıyla da doğrulanır. Çünkü ağız mukozası karsinomlarında ağız içinde küçük bir değişiklik ve geniş ekspoz kemik alanı görülebilir.

Çene kemiğinde hazırlayıcı herhangi bir lezyon olmadan da intraosseöz odontojenik karsinoma gelişebilir.

Kist epitelinden karsinom gelişmesi durumu, kistin iyi diferansiye olması ve ağızda uzun süre kalmasıyla ilişkilendirilebilir. Karsinom kistik bir yapıyı döşeme şeklinde başlar, giderek invaziv alanlar oluşur. Bu alanlar yavaş gelişip radyolojik bulgu vermediğinden yanlış tedaviler yapıp daha kötü sonuçlar elde edilebilmektedir. Bu nedenle, lezyon büyük boyutlara ulaşmadan kist duvarı biyopsisinde displazik değişiklik saptandığında derhal lokal geniş rezeksiyon yapılmalıdır. Karsinom tedavisinde radyoterapi de yararlı olabilir. Rejyonel lenf nodu metastazı için sistemik değerlendirme yapılmalıdır (20).

KAYNAKLAR

1. Chi AC, Owings Jr JR, Muller S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2005,99(1): 71-78.
2. Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2005, 28(2): 183-186.
3. Shear M, Seward G. Cysts of the oral region. Third ed. Butterworth- Heine- mann. Oxford UK 1992, p. 75- 99.
4. Neville BW, Douglas DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. Third ed. Saunders, St Louis. 2009, p. 680.
5. Saraçoğlu U, Kurt B, Günhan Ö, Güven O. MIB-1 expression in odonto- genic epithelial rests, epithelium of healthy oral mucosa and epithelium of selected odontogenic cysts: An immunohistochemical study. *International journal of oral and maxillofacial surgery* 2005, 34(4): 432-435.
6. Agaram NP, Collins BM, Barnes L, Lomago D, Aldeeb D, Swalsky P, Hunt JL. Molecular analysis to demonstrate that odontogenic keratocysts are neoplastic. *Archives of pathology & laboratory medicine* 2004, 128(3): 313-317.
7. Bornstein MM, Filippi A, Altermatt HJ, Lambrecht JT, Buser D. The odontogenic keratocyst--odontogenic cyst or benign tumor?. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin* 2005, 115(2): 110-128.
8. Kimonis VE, Mehta SG, Digiovanna JJ, Bale SJ, Pastakia B. Radiological features in 82 patients with nevoid basal cell carcinoma (NBCC or Gorlin) syndrome. *Genetics in medicine* 2004, 6(6): 495-502.
9. Dereci Ö, Öztürk A, Günhan Ö. The efficacy of fine needle aspiration cy- tology in the preoperative evaluation of parakeratotic odontogenic kerato- cysts. *Acta cytologica* 2011, 55(2): 131-134.
10. Günhan O, Yildiz E, Karslıoğlu Y, Aydıntuğ Y, Doğan N, Celasun B. Nu- clear morphometric features of epithelial cells lining keratocysts. *Analytical and quantitative cytology and histology* 2003, 25(2): 85-89.
11. Gurol M, Burkes Jr EJ, Jacoway J. Botryoid odontogenic cyst: analysis of 33 cases. *Journal of Periodontology* 1995, 66(12): 1069-1073.
12. Shear M, Seward G. Cysts of the oral region. Third ed. Butterworth- Heine- mann. Oxford UK, 1992, p51- 75.
13. Üçok Ö, Yaman Z, Günhan Ö, Üçok C, Doğan N, Baykul T. Botryoid odontogenic cyst: report of a case with extensive epithelial proliferation. *International journal of oral and maxillofacial surgery* 2005, 34(6): 693-695.
14. Osny Fj, Azevedo LR, Sant Ana E, et al: Glandular odontogenic cyst: Case report and review of the literature. *Quintessence Int* 2004 35: 385-9.

15. Sumer AP, Celenk P, Sumer M, Telcioglu NT, Gunhan O. Nasolabial cyst: case report with CT and MRI findings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2010, 109(2): e92-e94.
16. Audion M, Siberchicot F. Globulomaxillary cyst. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale* 2010, 111(1): 25-26.
17. Righini CA, Boubagra K, Bettega G, Verougstreat G, Reyt E. Nasopalatine canal cyst: 4 cases and a review of the literature. In *Annales D'oto-laryngologie et de Chirurgie Cervico Faciale: Bulletin de la Societe D'oto-laryngologie des Hopitaux de Paris* 2004, April:121(2): 115-119.
18. Hadi U, Younes A, Ghosseini S, Tawil A. Median palatine cyst: an unusual presentation of a rare entity. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2001, 39(4): 278-281.
19. Scheer M, Koch AM, Drebber U, Kübler AC. Primary intraosseous carcinoma of the jaws arising from an odontogenic cyst—a case report. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2004, 32(3): 166-169.
20. Neville BW, Douglas DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Third ed. Saunders, St Louis. 2009, p. 700.