

Çenelerde Görülen Odontojenik Kistler ve Tedavi Yöntemleri

Muhammet Yasin Pektaş¹

Olgun Topal²

özet

Odontojenik kistler genellikle erişkin yaş grubunda görülen ve rutin ağız muayeneleri ile erken dönemde saptanabilen kistlerdir. Odontojenik kistler semptomatik veya asemptomatik olabilir ve rutin radyografik inceleme sırasında tespit edilebilir. Odontojenik kistlerin teşhis edilmesi, belirli bir düzeyde klinik tecrübe ve tedavi deneyimi gerektirdiğinden sağlıklı bir tedavi süreci için diş hekimlerinin ve çene cerrahlarının hastalarını çok dikkatli muayene etmesi ve tetkiklerini incelemesi gerekmektedir. Bu nedenle pratisyen diş hekimlerinin hem bu durumların yönetimi için hem de hastalarını uygun zamanlarda ağız cerrahisi ve ağız patolojisi kliniklerine sevk edebilmesi için odontojenik kistler hakkında güncel bilgilere sahip olması gerekmektedir(Daley et al., 1994; Rajendra Santosh, 2020).

GİRİŞ

Kistler, kemikte veya yumuşak dokuda yer alan, çevresi epitel dokusundan meydana gelen, içlerinde sıvı veya yarı katı kıvamında bir madde bulunan boşluklardır. Kist çevresi epitelinin devamlılığı bozulmadığı sürece kist büyür, şayet kist açılır ve kist sıvısı boşaltılırsa açık hava basıncı neticesinde kist küçülmeye başlar. Ancak kist lümeni kapanırsa büyüme tekrar devam eder. Kist çoğu zaman etrafındaki dokuları iterek yavaş yavaş büyür. Bu şekil büyümeye ekspansif büyüme denmektedir(Rajendra Santosh, 2020).

Klinik olarak ayırım kist çapı küçüldükçe gitgide zorlaşır. Kistler ağrısız büyürler, ancak büyüdükçe çenede ve yüzde deformasyonlara neden olabirler. Kistin çevresindeki kemikte rezorpsiyon olurken, kemiğin periferindeki kısımlarda apozisyon görülür. Böylece kemiğin iç kısmında rezorpsiyon, dış kısmında apozisyonla kist duvarı perifere doğru genişler. Büyük kistlerde

1 Afyonkarahisar Sağlık bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.D., mypektas42@gmail.com, Orcid: 0000-0003-4508-946X

2 Afyonkarahisar Sağlık bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.D., dtolguntopal@gmail.com, Orcid: 0000-0003-3550-8739

etrafındaki kemik iyice inceler. Bu kısma basınç yapıldığında sert dokunun çökmesi nedeniyle krepitasyon sesi duyulabilir. Büyük kistlerde palpasyonla tespit edilen bu krepitasyon sesi tanı koydurucu bir bulgudur. Kist büyümesine devam ederse, çevresindeki kemik dokusu tamamen erir ve kistin bulunduğu yere göre kist mukozası, ağız mukozası, burun mukozası veya sinüs mukozası ile birleşebilir. Burun tabanına doğru gelişen kistler burun tabanını yükseltirler ve bir kabartı oluştururlar. Burun tabanındaki bu kabartıya Gerber tümseği adı verilir. Kist mukozası diğer komşu mukozalarla birleştiğinde içerisindeki sıvı nedeniyle kist flüktüasyon verir. Yine büyük kistlerde, kistin sinir uçlarına basınç yapmasına bağlı olarak parestezi veya anestezi, karakteristik olmayan baş ağrısı ve nevrojji tarzı ağrılar görülür. Büyük kistlerinde spontan fraktürler de görülebilir (Das & Das, 1993; Rajendra Santosh, 2020).

Çene kistleri erkeklerde kadınlara göre 1,6 kat daha sık görülür. Vakaların çoğu yaşamın dördüncü ila altıncı dekatındadır. Odontojenik kistlerin çoğuna maksiller anterior bölgede, ardından mandibular molar bölgede rastlanır. Radiküler kistler, dentigeröz kistler, rezidüel kistler ve odontojenik kreatokistler en sık bildirilen odontojenik kistlerdir. Bu kistlerin benzer klinik ve radyolojik görünimleri nedeniyle klinik olarak yanlış teşhisler mümkündür. Ancak klinik ve radyolojik tabloların dikkatli bir şekilde anlaşılması ve yorumlanması çene kistlerinin tanınmasına yardımcı olur ve ağız ve çene-yüz patoloji servisleri ile doğru teşhisler elde edilebilir (Daley et al., 1994).

Çenelerde daha çok odontojenik epitelden gelişen kistler görülür. Daha az oranda da oral epitelin inüklüzyonları ile oluşan gelişim kistleri görülebilir. Bu bölümde çenelerde görülen odontojenik kaynaklı kistler ve tedavi yöntemleri işlenmektedir.

Radiküler Kist

Radiküler kistler enflamatuar etkenlerden kaynaklanan ve çenede en yaygın olarak görülen kistleridir. Tüm Radiküler kistler, devital dişlerle ilişkilendirilir ve dişlerin apekslerinde tanımlanır. Çürük veya travma, periapikal bölgedeki rezidüel epitel kalıntılarını tetikler ve epitelileri sitümüle ederek çoğaltır ve kist oluşumuna yol açar. Bu kistler radyolojik incelemelerle keskin yuvarlak hatları olması sebebiyle kolay tanımlanır. Vakaların çoğu ya kök kanal tedavisi ve periapikal cerrahi ya da ilgili dişin çekimiyle tedavi edilir (Bilodeau & Collins, 2017). Radiküler kistin tipik radyografik görünümü Resim 1'de gösterilmektedir.

Resim 1: Sol mandibular premolar ve molar dişlerin apikalinde görülen radiküler kist(AboulHosn et al., 2019)



Klinik Özellikleri

Çürük veya dişe gelen bir travma, dişin pulpa dokusunun ölümüne yol açar. Bununla birlikte, çürük veya devital dişler genellikle radiküler kistlerle ilişkilendirilir. Bir pulpa bölgesinden gelen enflamatuar uyaran periapikal bir bölgeye ulaşarak Malassezin epitelyal hücre kalıntılarının uyarılmasına neden olur ve bu uyaran tedavi edilmezse sonunda bir radiküler kist oluşturur. Radiküler kistin semptomları inflamasyonun durumuna bağlıdır. Sorunlu dişin periapikal bölgesindeki mukoza üzerinde dikkatli bir şekilde palpasyon, kortikal plak genişlemesine yol açabilen şişmeye dair bir bulgu verebilir. Radiküler kist nadiren iki taraflı kemik ekspansiyonu yapar, vakalar sıklıkla tek taraflı kemik ekspansiyonu olarak bildirilmiştir(Ramos et al., 2012).

Akut pulpitişi olan bir diş semptomatiktir ve ağrı veya çeşitli rahatsızlıklar ile kendini gösterir. Kist büyük olduğunda dişin malpozisyonu klinik olarak görülebilir. Pulpa testi ve radyografi bu kistin teşhisi için zorunludur. Radiküler kistlerle ilişkili dişler devital olmalı ve termal veya elektrikli pulpa test yöntemlerine yanıt vermemelidir. Lenf düğümleri klinik muayene sırasında palpe edilebilir. Radiküler kist vakalarında bölgesel lenf düğümleri büyüyebilir. Süt dişlerinde radiküler kistler nadirdir çünkü süt dişleri genellikle rezorbe olur. Bununla birlikte, enfekte olduğunda süt dişinin bifurkasyonunda veya interradiküler aralığında kist benzeri radyolüsent bir bölge görülebilir(Sridevi, 2014).

Teşhis Yöntemleri

Pulpa testi, radyografiler ve histopatolojik değerlendirme doğru tanıya ulaşmada kullanılan yöntemlerdir. Radiküler kistler, etkilenen dişin apeksiyle yakından ilişkili olan iyi sınırlı, uniloküler radyolüsensi ile radyolojik bulgu veren kistlerdir. Lamina dura kaybı ve kistik bölgeyi çevreleyen ince bir radyoopak çizgi (sklerotik sınır) de tanıyı kesinleştirmek için kullanılabilir. Kistin sitokinlere bağlı inflamatuvar etkisi olan olgularda kök rezorpsiyonu görülebilir. Büyük radyolüsent alanlara sahip olgular, lezyon agresif olduğunda veya uzun süre tedavi edilmediğinde görülebilir. Büyük radyolüsentiği olan radiküler kistler genellikle komşu dişlere ulaştıkça düzleşir; radiküler kistler nadiren yanındaki dişin yerini değiştirir. Çok az radiküler kist vakasında, kist içindeki radyolüsent alan içinde radyoopak odaklar bildirmiştir (Ramos et al., 2012; Sridevi, 2014).

Periapikal semento-osseöz displazi (PCOD) ile radiküler kistin, iki lezyonun radyografik bulgularındaki uniloküler radyolüsensi görünümünden ötürü görülen benzerlikler sebebiyle teşhisinde yanlışlıklar yapılabilir. Diş hekiminin sorunlu dişi pulpa test yöntemine tabi tutması ile yanlış teşhis kolayca önlenir. PCOD' deki diş genellikle termal veya elektrikli pulpa test yöntemine yanıt verir. Radiküler kistin yanlış teşhisi, gereksiz kök kanal tedavisine veya daha ileri kist cerrahilerine yol açabilir. Periapikal semento-osseöz displazi vakalarında yanlışlıkla konulmuş radiküler kist tanılı birkaç vaka bildirilmiştir (Huh & Shin, 2013).

Mikroskopik olarak radiküler kist, genellikle iltihaplı bir bağ dokusu stroması ile çevrili çok katlı yassı keratinize olmayan epitel ile gözlenir. Bağ dokusu stroması, kolesterol yarıklarını veya Rhuston cisimciklerini gösterebilir (Huh & Shin, 2013; Smith et al., 1998).

Ayırıcı Tanı

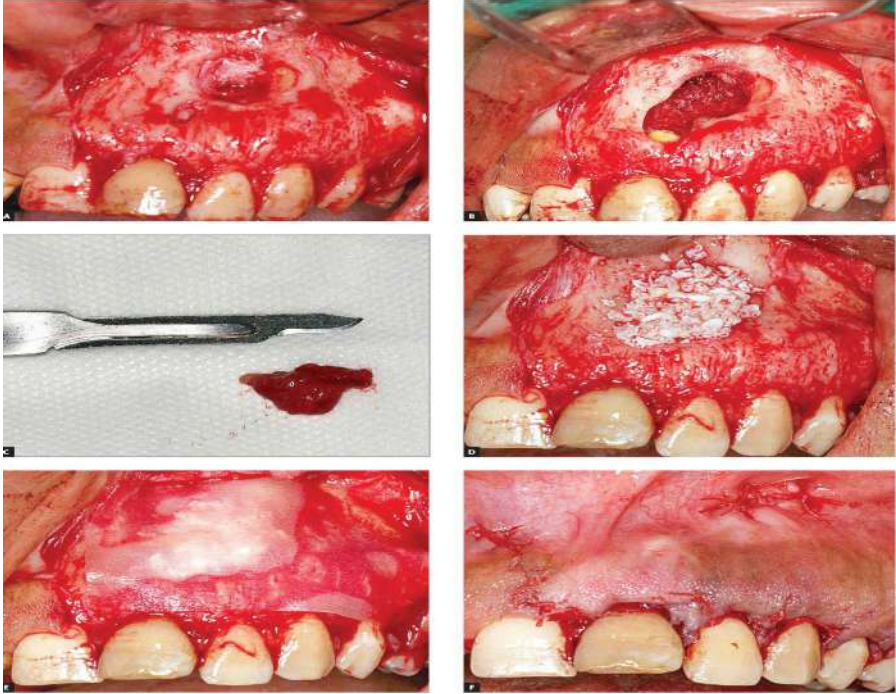
Ayırıcı tanı periapikal granülomu içerebilir, çünkü hem periapikal granülomlar hem de radiküler kistler devital dişlerin apeksinde meydana gelir ve radyolojik olarak uniloküler radyolüsent alanlar olarak görünür. Radiküler kistler genellikle periapikal granülomlardan daha büyük görünse de boyut kesin bir tanı kriteri olarak düşünülmemelidir. Başka bir deyişle, periapikal granülomlar genellikle küçüktür. Periapikal granülomun radyoopak sınırı yoktur; yani radyolüsent bölgenin etrafındaki sklerotik alan bulunmaz. Anterior mandibular bölgede periapikal tip semento-osseöz displazi ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Lateral radiküler kistler, lateral aksesuar kanallar nedeniyle etkilenen dişin lateral tarafı boyunca ayrı radyolüsent alanlar olarak görünür. Lateral radiküler kist gözlemlendiğinde lateral periodontal kist

de düşünülmelidir. Pulpa testi ile ayırıcı tanı yapılabilir. radiküler kist, termal testlere yanıt vermez, ancak lateral periodontal kistler termal testlere ve elektrikli pulpa testlerine yanıt verir(Huh & Shin, 2013; Smith et al., 1998; Sridevi, 2014).

Tedavi Yöntemi

Radiküler kistler genellikle geleneksel kök kanal tedavisi ve periapikal cerrahi ile yönetilir. İlgili dişin çekimi ve küretaj başka bir tedavi şeklidir. Daha büyük kistlerde kistin cerrahi yöntemlerle enükle edilmesi gereklidir. Yetersiz enükleasyon ve küretaj rezidüel kiste yol açabilir(Rajendra Santosh, 2020). Resim 2' de enükle edilmiş bir radiküler kist görülmektedir.

Resim 2: Radiküler kistin enükleasyonu ve ardından kist kavitesine greft yerleştirilmesi(Hong et al., 2021)



Rezidüel Kist

Diş çekiminin ve akabinde yapılan küretaj işleminin tamamlanmasından sonra çene kemiğinde kalan kistik oluşumlar rezidüel kist olarak adlandırılır. Kist büyüyüp çene kemiğini itmeye başlamadıkça asemptomatik kalırlar. Radyolojik olarak rezidüel kist, diş çekimi ve küretaj yapılmış ya da kist cerrahisi yapılmış bölgede iyi tanımlanmış, uniloküler radyolüsenzi gösterir.

İnce bir radyopak sınır, radyolüsent alanı çevreleyebilir. Kistler zamanla dejenere olabilir ve kistik boşlukta (yani radyolüsent alan) radyopak kitlelere (distrofik kalsifikasyon) yol açabilir. Semptomatik vakalar ve daha büyük rezidüel kistlerin cerrahi yaklaşımla yönetilmesi gerekir. Rezidüel kistin tedavisi kistin tamamıyla enükleasyonudur. Tedaviden sonra nüks oranı düşük bir kisttir(Rajendra Santosh, 2020).

Paradental Kist

Paradental kist, iltihabik kökenli başka bir kist türüdür. Bu kist genellikle periodontal cepleri olan sürmüş dişlerle ilişkilidir. Cebin diş eti oluştundan kaynaklanan iltihaplanması kistik süreci tetikleyebilir. Sürmüş dişin lateral kısmında radyolojik olarak radyolüsent bir alan gözlenir ve çoğu durumda periodontal bağ dokusu alanı genişlemez. Paradental kist ile ilişkili dişler canlıdır ve termal/pulpa testlerine normal tepki verir. Paradental kistlere genellikle 20 yaş dişlerinde rastlanır. Paradental kistler nadiren nüks eder. 20 yaş azı dişleriyle ilişkili paradental kistler dişlerim çekilmesiyle tedavi edilebilir; ancak prognozu iyi görünen yirmi yaş dişi çevresindeki paradental kistler, diş çekilmeden kist enükleasyonu ile tedavi edilebilir(Rajendra Santosh, 2020).

Erüpsiyon Kisti

Erüpsiyon (sürme) kistleri genellikle süt kesici dişlerinde veya daimî mandibular birinci molar bölgede görülür. Sürme kistleri, sürmekte olan bir dişin foliküler boşluğunda sıvı toplanması nedeniyle oluşur ve maviden morumsu kahverengiye kadar değişen renklerde görünür. Bu kist normalde dentigeröz kistin yumuşak doku varyantı olarak kabul edilir. Bu kistler yırtılıp kendiliğinden boşaldığı için herhangi bir tedavi gerekmez. Hastayı kontrol altına alıp kistin kendiliğinden boşalmasını beklemek ilk tedavi yaklaşımıdır. Kist rüptüre olmadığında kist epitelinin basit cerrahi eksizyonu yapılmalıdır(Shamim & Ottayil Shabeer, 2018).

Dentigeröz Kist

Dentigeröz kist, çenenin en sık görülen ikinci kistidir ve gelişimsel bir kökene sahiptir. Dentigeröz kistin hemen hemen tamamı sürmemiş bir dişin kronunun çevresindedir ve radyolüsent alan dişe mine-semet birleşim yerinde (CEJ) tutunur. Kist, sürmemiş dişin kronu ile folikül epitel arasında sıvı birikmesi nedeniyle oluşur. Bu kistler, sürmemiş dişlerin kronları ile ilişkili, iyi tanımlanmış uniloküler radyolüsent alanlardır. Dentigeröz kistin tedavisi, ilgili sürmemiş dişin çekilmesi ile kistin enükleasyonu yapılr. Sürmemiş dişin prognozu iyiye yani sürme potansiyeli mevcutsa diş çekilmeden kist

enükle edilip beklenebilir(Rajendra Santosh, 2020; Shamim & Ottayil Sha-beer, 2018).

Klinik Bulguları

Kist, sürmemiş bir dişin kronu ile foliküler epitel arasında sıvı birikme-si nedeniyle oluşur. Dentigeröz kistler enfekte olmadıkça ağırlıklı olarak asemptomatiktir. Sıklıkla mandibular üçüncü molarlar ve maksiller kanin-lerin gömülü kaldığı bölgelerde görülür. Asemptomatik yapıları nedeniyle çoğu vaka rutin radyografik muayeneler sırasında saptanır veya radyolojik incelemeler sırasında tesadüfen keşfedilir. Semptomatik vakalar, kistin büyü-mesi nedeniyle daha büyük kistler olarak görülür(Narang et al., 2012).

Ağrı ve şişlik gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Kistlerin büyümesi unikortikal veya bikortikal genişleme gösterebilir. Daha büyük kistler genellikle etki-lenen çene kemiğini oyar ve bu da palpasyonla yumurta kabuğunun çatlama-sına neden olabilir. Daha büyük kistlerde patolojik kırıklar görülebilir. Lenf düğümleri kist sekonder olarak enfekte olduğunda palpe edilebilir. Kleidok-ranial displazilerde ve Maroteaux-Lamy sendromunda bilateral veya multipl dentigeröz kistler görülür. Agresif dentigeröz kistlerin skuamöz hücreli kar-sinomlara veya mukoepidermoid karsinomlara dönüştüğü vakalar bildiril-miştir. Dentigeröz kistin adenomatoid odontojenik tümörle ilişkili olduğu az sayıda vaka bildirilmiştir(Panneerselvam et al., 2017).

Teşhis Yöntemleri

Radyolojik ve histopatolojik incelemeler doğru tanıya ulaşmada faydalı-dır. Dentigeröz kistler klasik olarak mine-semet sınırı seviyesinde sürmemiş dişlerin kronları ile ilişkili uniloküler radyolüsent alanlarla karakterize edilir. Radyolüsent kavite düzenli ve sklerotik bir sınırla (radyoopak) iyi sınırlan-mıştır. Sekonder enfeksiyonlu dentigeröz kist düzensiz kenarlar gösterebi-lir(Thompson, 2018).

Bitişik dişlerin kökleri, dentigeröz kistlerden kaynaklanan basınç nede-niyle rezorpsiyon veya yer değiştirme gösterebilir. Daha büyük kistler mul-tiloküle bir görünüme sahip olabilir ve ameloblastomanın ayırıcı tanısında düşünölmelidir. Dentigeröz kistlerde üç tip radyografik görünüm gözlenebilir: Santral, lateral ve çevresel. Santral radyografik görünüm en sık karşıla-şılındır. Bu görünüm, sürmemiş bir dişin kuronunu çevreleyen radyolüsent kavite ile karakterizedir. Lateral varyant, kök yüzeyi boyunca lateral olarak gözlenen ve sürmemiş dişin kuronunu kısmen kaplayan radyolüsent kavite ile karakterizedir. Çevresel varyant, dentigeröz kistleri teşhis etmek için zor-dur çünkü radyolüsent kavite tüm dişi çevreler. Klinisyenlerin çoğu, sürme-

miş bir dişin kronu ile ilişkili olan ve mine-sement seviyesine kadar uzanan radyolüsent kaviteye aşınadır(Thompson, 2018).

Mikroskopik olarak dentigeröz kistte ince keratinize olmayan kistik epitel ile izlenir. Dağınık mukoza hücreleri görülebilir. Fibröz kapsül gevşek bir şekilde düzenlenmiştir ve küçük odontojenik epitel adaları gösterebilir. Enflame dentigeröz kistler, hiperplastik rete-peg oluşumu ile çok katmanlı kistik epitel gösterebilir. Resim 3'te sol mandibular 3. molar dişte gelişen dentigeröz kist görülmektedir(Rajendra Santosh, 2020; Thompson, 2018).

Resim 3: Sol mandibular 3. molar diş bölgesinde görülen dentigeröz kist(Perez et al., 2022)



Ayrıcı Tanı

Sürmemiş bir dişin krununu kaplayan radyolüsentinin ayırıcı tanısında odontojenik kreatokist ve unikistik ameloblastoma bulunmalıdır. Ameloblastik fibroma daha genç bireylerde düşünülmelidir. Ancak, maksiller veya mandibuler kanin dişlerde gözlenen perikoronar radyolüseni için dentigeröz kistin ayırıcı tanısında adenomatoid odontojenik tümör de düşünülmelidir. (Perez et al., 2022; Thompson, 2018)

Tedavi

Tedavi, ilgili sürmemiş dişin çekimi ile kistin dikkatli enükleasyonunu içerir. Büyük boyuta ulaşan kistlerde çevre anatomik yapıların sağlığını korumak için enükleasyondan önce marsüpyalizasyon yapmak gerekmektedir(-Rajendra Santosh, 2020).

ODONTOJENİK KERATOSİST

Odontojenik keratosist (OKC), mandibula veya maksilladaki dental lamina kalıntılarında kaynaklanan kistlerdir. Posterior mandibula en sık tutulum

bölgesidir. OKC'ler, daha yüksek nüks oranı, agresif klinik davranış ve farklı biyokimyasal protein içerikli sıvı ile dolu boşluklarla karakterize olmasına rağmen, OKC'ler kistik neoplazm olarak kabul edilir ve keratokistik odontojenik tümörler olarak adlandırılır(Wright et al., 2014).

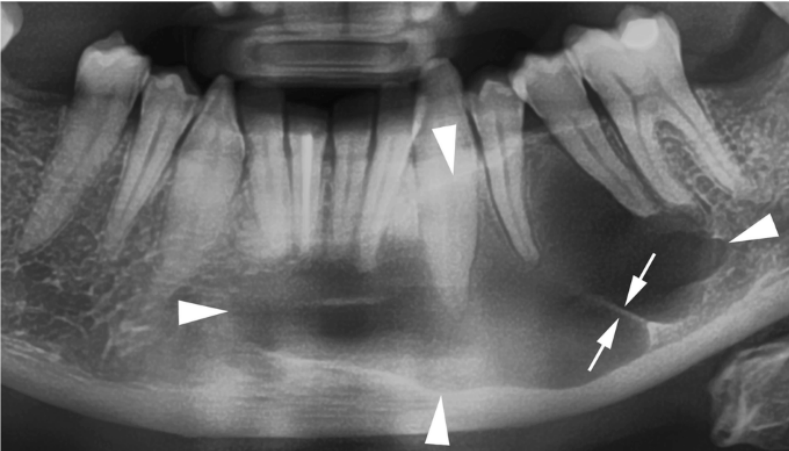
Çoklu OKC'lerin çoklu bazal hücreli karsinomlarla ilişkisi, Nevroid Bazal Hücreli Karsinom Sendromu (NBCC) olarak adlandırılır. OKC'lerin, anteroposterior yayılma eğilimi ve çene kemiğinin orta hattını geçme eğilimi vardır ancak bukkolingual olarak genişleme eğilimi daha azdır(Wright et al., 2014).

OKC'ler genellikle multiloküler radyolüsensiler olarak tanınırlar; ancak uniloküler radyolüsensiler görülebilir. OKC'ler, enükleasyon ve periferik osteoz küretaj ile tedavi edilir. Nüks oranı yüksek bir kist olduğundan agresif küretaj önerilmektedir(Rajendra Santosh, 2020).

Klinik Görünümü

Odontojenik keratosistler herhangi bir yetişkin yaş grubunda gözlemlenebilir, ancak en yaygın olarak yaşamın ikinci, üçüncü veya dördüncü dekatlarında görülür. Çocuklar nadiren etkilenir. OKC'ler mandibulayı maksilladan daha sık etkiler. Posterior ramus mandibulada en sık görülen bölge iken maksillada üçüncü molar ve tüberkül bölgesinde sık görülür. NBCC sendromu ile bağlantılı olarak çoklu OKC'ler gözlenir. Vakaların çoğu asemptomattır. Bununla birlikte, hastalar enfekte OKC'lerde ağrı veya yumuşak doku şişliği ile başvurabilir(Rajendra Santosh, 2020). Resim 4'te sağ kanin dişinden sol mandibular corpusa kadar yayılmış odontojenik keratokist görülmektedir.

Resim 4: Sağ kanin dişinden sol mandibular corpusa yayılmış odontojenik keratokist(Borghesi et al., 2018)



Teşhis Yöntemleri

Radyolojik ve histopatolojik incelemeler doğru tanıya ulaşmada yardımcıdır. OKC'ler, net bir periferik radyoopak çerçeveye sahip, iyi tanımlanmış uniloküler veya multiloküler radyolüsent alanlarla karakterize edilir. Sınırları genellikle testere dişi görünümünde taraklıdır.

Köklerin yer değiştirmesi görülebilir ve bitişik dişin kök rezorpsiyonu nadirdir(Rajendra Santosh, 2020; Veena et al., 2011).

Mikroskopik olarak OKC'ler, 6 ila 11 hücre kalınlığında parakeratinize tabakalı epitelten oluşan karakteristik bir mikroskopik yapı gösterir. Kist çevresi epitelinin yüzeyi genellikle olukludur. Bazal tabaka uzun kolumnar hücrelerle kaplıdır. Epitel-fibröz doku arayüzü düzdür ve epitel bölümlerinin fibröz duvardan ayrılması da gözlenir. Fibröz duvarda kronik inflamatuvar hücre infiltratı görülebilir(Rajendra Santosh, 2020).

Ayrıcı Tanı

Ayrıcı tanı posterior ramus molar bölge nedeniyle dentigeröz kist ve ameloblastomu içerebilir. Bununla birlikte, dentigeröz kistlerde ve ameloblastomlarda OKC'lere göre rezorpsiyon daha yaygındır. OKC'ler perikoronar radyolüsensilikleri nedeniyle genellikle dentigeröz kisti taklit eder. OKC'lerin lateral periodontal kistlerle radyografik ayrımı, özellikle mandibular kinn-premolar bölgede gözlemlendiğinde zordur(Veena et al., 2011).

Tedavisi

OKC'ler, daha yüksek nüks oranı nedeniyle kistin dikkatli bir şekilde tamamen çıkarılmasıyla ve çevre kemik dokunun agresif küretajıyla tedavi edilir. OKC'lerin cerrahi zorlukları ince ve kırılabilir kist astarından kaynaklanır. Nüksü önlemek için kemik küretajı yapılır(Rajendra Santosh, 2020). OKC'lerin nüksmesine kistik lezyonun epitelyal kalıntıların ve oral epitelin bazal hücre tabakasının tam olarak çıkarılmaması ve nevoid bazal hücre sendromu birlikteliği neden olur. Carnoy solüsyonu ile kist kavitesinin kimyasal küretajı, nüks potansiyelini azaltması sebebiyle önerilmektedir(Rajendra Santosh, 2020; Veena et al., 2011).

LATERAL PERİODONTAL KİST

Lateral periodontal kist, dental lamina artıklarından gelişen gelişimsel bir odontojenik kisttir. Nadir görülen iyi prognozlu gelişimsel bir kist türüdür. Bu kisti değerlendirilirken lateral periodontal kisti ve odontojenik keratokisti ayırt etmek önemlidir. Bu kist mandibular küçük azı dişleri bölgesinde oluş-

ma eğilimindedir. Kist genellikle vital mandibular premolar dişlerin kökleri arasında kök diverjansı olan veya olmayan iyi tanımlanmış uniloküler radyolusensi olarak tanımlanır. Lateral periodontal kisti ekarte etmek için pulpanın vitalitesi test edilmelidir. Lateral periodontal kistler, kist enükleasyonu yoluyla konservatif cerrahi yaklaşımla tedavi edilir(Govil et al., 2013).

Klinik Görünümü

Lateral periodontal kistler ağırlıklı olarak erişkin hastalarda (beşinci ila yedinci dekatlar arasında) gözlenir ve mandibular küçük azı dişleri bölgesinde daha yüksek oranlarda görülür. Lateral periodontal kistlerin labial pozisyonu nedeniyle birkaç vakada labial kitle olarak değerlendirilmiştir. Kitlenin yüzeyi veya üzerindeki mukoza normal görünümündedir. Lezyon genellikle asemptomatiktir ve rutin radyografik inceleme sırasında saptanır. Lateral periodontal kistler sekonder olarak enfekte olduklarında apse belirtileri gösterebilirler(Govil et al., 2013; Rajendra Santosh, 2020). Resim 5'te lateral periodontal kistin periapikal radyografideki görünümü görülmektedir.

Resim 5: Lateral periodontal kistin periapikal radyografik görünümü(Byatnal et al., 2013)



Teşhis Yöntemleri

Lateral periodontal kistler, ince radyopak sklerotik sınırları olan iyi sınırlı radyolüsent kist boşluklarıdır. Lateral periodontal kistlerin radyografik boyutları çap olarak 1 cm'yi geçmez. Polikistik lateral periodontal kistlerde multiloküler radyolüseni alan görülebilir. Lateral periodontal kistin polikistik tipi botryoid odontojenik kist olarak adlandırılır. Lateral periodontal kistlerde radyolüseni, etkilenen dişlerin köklerinin lateralindeki periodontal dokulardadır ve pulpa odaları normal görünmektedir. Bu kistler mikroskobik olarak 1 ila 5 tabaka kalınlığında ince keratinize olmayan epitel tarafından kaplıdır. Epitel hücrelerinin fokal kalınlaşması kolaylıkla fark edilir. Fibröz kapsül kalındır ve çok az enflamatuar hücre gösterir veya hiç göstermez (Rajendra Santosh, 2020).

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanı odontojenik keratokist, erişkinlerde gingiva kisti ve unistik ameloblastomayı içerebilir. Odontojenik keratokistler radyografik olarak lateral periodontal kistleri taklit eder ve bunları ayırt etmek zordur; bununla birlikte, lateral periodontal kistin görülmesi yerleşime (örn. mandibular premolar bölge) bağlı olarak daha olası olabilir. Yetişkinlerdeki gingiva kistleri etkilenen dişlerin labial dişeti üzerinde şişlik olarak kendini gösterir. Şişlik genellikle berrak sıvı materyalden oluşurken lateral periodontal kistler intraosseözdür ve klinik olarak şişlik göstermezler. Bununla birlikte birkaç lateral periodontal kist vakasında labial kitle rapor edilmiş ve bu gibi durumlarda kitlede berrak sıvı içeriğinin olmaması ile ayırt edilebilmiştir. Mandibular küçük azı dişlerinin köklerinin lateral yüzeylerinde daha küçük boyut ve iyi tanımlanmış uniloküler radyolüseni nedeniyle lateral periodontal kistlerin görünümünü taklit eden unistik ameloblastoma az sayıda vaka bildirilmiştir (Majid, 2013).

Tedavi

Lateral periodontal kistler cerrahi enükleasyon ile tedavi edilir. Lateral periodontal kistler minimum veya düşük nüks oranları ile ilişkilidir (Majid, 2013).

GLANDÜLER ODONTOJENİK KİST

Glandüler odontojenik kist (GOC), gelişimsel kökenli nadir görülen bir odontojenik kist türüdür. Bu kistler agresif davranış gösterebilirler. Glandüler odontojenik kist ağırlıklı olarak orta hattı geçme eğilimi gösterir ve mandibular anterior bölgede oluşur. Sıklıkla orta yaşlı erişkinlerde görülür,

genç bireylerde nadirdir. Bu kistin agresif davranışı nedeniyle tedavisinde enükleasyon veya küretaj gibi cerrahi tedaviler kullanılır. Lezyon, mandibular ön dişlerin periapikal bölgesinde tanımlanabilir ve radiküler kist ile karıştırılabilir. Bu nedenle pratisyen hekimlerin yanlış teşhisten kaçınmak için bilgili ve dikkatli olmaları önemlidir(Anchlia et al., 2015).

Klinik Görünüm

Glandüler odontojenik kistler sıklıkla mandibular anterior bölgede rapor edilir; ancak çenenin diş taşıyan bölgesinin herhangi bir yerinde oluşabilirler. Mandibular lezyonlar, önemli tanısal özelliklerden biri olan orta hattı geçme eğilimindedir. Glandüler odontojenik kist klinik olarak yavaş büyüme hızına sahip asemptomatik bir şişlik olarak kendini gösterir. Özellikle mandibular lezyonlarda çene ekspansiyonları bildirilmektedir. Lezyon agresiftir ve nüks etme potansiyeline sahiptir(Anchlia et al., 2015; Rajendra Santosh, 2020).

Teşhis Yöntemleri

Glandüler odontojenik kistler, sklerotik radyopak ve taraklı kenarlı multiloküler radyolüsen ile karakterize edilir. Bununla birlikte, uniloküler radyolüsent glandüler odontojenik kistler de rapor edilmiştir. Radyolüsent alan radiküler kistler kadar küçük olabilir veya çenede bilateral yayılımı içerecek şekilde daha geniş bir alana yayılabilir(Rajendra Santosh, 2020).

Mikroskopik olarak glandüler odontojenik kistler, epitelde fokal kalınlaşma olan keratinize olmayan epitel olarak tanımlanır. Epitel küboidal ve mukozal hücrelerden oluşur. Mukozal hücrelerin varlığından dolayı, kistin glandüler kökenli olduğu kabul edilir. Kist genellikle müsinoz bir sıvı içeriği ihtiva eder(Fowler et al., 2011).

Ayırıcı Tanı

Glandüler odontojenik kistler çenenin ön bölgesinde ve özellikle orta hattı geçen, yavaş büyüyen bir şişlik bildirdiğinde teşhiste düşünülmelidir. Şişliği örten mukozanın mukus dolu veya mavimsi görünmesi de bir diğer önemli bulgudur. Glandüler odontojenik kistin ayırıcı tanısı odontojenik keratokist, unistik ameloblastoma, radiküler kist veya rezidüel kisti içerir. Her iki lezyon da orta hattı geçme eğiliminde olduğundan odontojenik keratokist, glandüler odontojenik kist ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Unistik ameloblastoma, uniloküler radyolüsent görünümlü glandüler odontojenik kistlerin ayırıcı tanısında düşünülebilir. Radiküler veya rezidüel kist, anterior dişlerin veya eksik dişlerin periapikal bölgesinde lezyon fark edilen hastalarda da ayırıcı tanıda düşünülür(Cousin et al., 2017).

Tedavi

Glandüler odontojenik kistler, nüks oranları nedeniyle cerrahi enükleasyon veya küretaj yaklaşımı ile tedavi edilir. Periyodik cerrahi sonrası takip, prognozun değerlendirilmesinde önemlidir(Cousin et al., 2017).

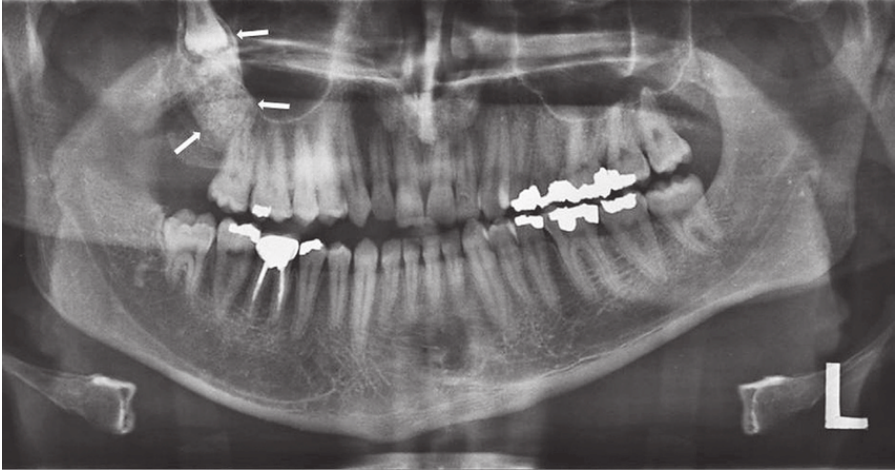
KALSİFİYE ODONTOJENİK KİST

Kalsifiye odontojenik kist (COC), gelişimsel kökenli başka bir nadir odontojenik kist türüdür. Kalsifiye odontojenik kist değişken klinik davranış gösterir ve nüks gösterir. Kalsifiye odontojenik kist ikili davranışı (yani kist ve tümör) gösterir ve bu nedenle raporlar bu lezyonu kalsifiye kistik odontojenik tümör adında kistik neoplazma olarak adlandırmıştır. Kalsifiye odontojenik kist öngörülemeyen klinik davranışla kendini gösterir; bu nedenle, bu durum basit küretajdan daha kapsamlı bir cerrahi yaklaşımla tedavi edilir. Lezyon, rutin radyografik incelemede (yani periapikal radyografide) belirlenebilir, dolayısıyla genel diş hekimlerinin bu durumun farkında olması önemlidir(Rajendra Santosh, 2020).

Klinik Bulguları

Kalsifiye odontojenik kistler sıklıkla maksiller ön bölgede ve kadın hastalara oranla erkek hastalarda daha fazla görülmektedir. Kalsifiye odontojenik kist intraosseöz veya ekstraosseöz olarak ortaya çıkabilir. İntraosseöz form daha yaygındır ve şişlikle veya şişlik olmadan tanımlanabilirken, ekstraosseöz form genellikle klinik şişlikle kendini gösterir. Bu nedenle kalsifiye odontojenik kist değişken klinik prezentasyona ve davranışa sahiptir. Kalsifiye odontojenik kist daha çok 40 ila 50 yaş altı bireylerde tanımlanır. Kalsifiye odontojenik kistler, ameloblastoma ve odontojenik keratokist gibi diğer odontojenik tümörlerle ilişkilendirilebilir(Basile et al., 2010). Resim 6'da sağ maksiller molar bölgede zigomatik bölgeye kadar uzanmış kalsifiye odontojenik kistin panoramik görüntüsü görünmektedir.

Resim 6: Sağ maksiller molar bölgede zigomatik bölgeye kadar uzanmış kalsifiye odontojenik kistin panoramik görüntüsü (Mortazavi & Baharvand, 2016)



Teşhis Yöntemleri

Kalsifiye odontojenik kistler lezyon içinde radyoopak yapılara sahip uniloküler veya multiloküler radyolüensiler olarak ortaya çıkabilir. Radyoopak yapılar düzensiz veya diş benzeri yapılar olarak görünür. Birkaç vakada kök rezorpsiyonu ve diverjansı da not edilmiştir. Mikroskopik olarak kalsifiye odontojenik kistler fibröz bir kapsül ile kistik proliferasyon ile tanınır. Kist epitelinin kalınlığı 4 ile 10 kat arasında değişebilir. Kalsifikasyon alanları ve hayalet hücreler görülebilir(Arruda et al., 2018).

Ayırıcı Tanı

Kalsifiye odontojenik kistlerin ayırıcı tanısı evrelere göre değişir. Erken dönemde radyolüsent değişiklikler gözlenir. Bu gibi durumlarda odontojenik keratokist ve ameloblastoma ayırıcı tanısı düşünülebilirken, geç dönemde karışık (radyolüsent-radyoopak) bir görünüm izlenir. Geç dönemde sürmemiş diş birlikteliği nedeniyle dentigeröz kist ve adenomatoid odontojenik tümör ayırıcı tanısında düşünülebilir. Lezyondaki radyoopak yapılar düzensiz bir yoğunluğuna sahip olduğunda odontoma, kalsifiye epitelyal odontojenik tümör veya ameloblastik fibroadotoma ayırıcı tanısı düşünülebilir(Arruda et al., 2018).

Tedavi

Agresif klinik davranışı ve yüksek nüks oranı nedeniyle kalsifiye odontojenik kist için kapsamlı cerrahi tedavi gereklidir. Ameliyat sonrası takip nükslerin erken tedavisinde oldukça değerlidir. Bununla birlikte periferik veya ekstraosseöz formlarında nüksler görülmediğinden bu formlar konservatif cerrahi yaklaşımla tedavi edilir(Rajendra Santosh, 2020).

Kaynakça

- AboulHosn, M., Noujeim, Z., Nader, N., & Berberi, A. (2019). Decompression and Eucleation of a Mandibular Radicular Cyst, Followed by Bone Regeneration and Implant-Supported Dental Restoration. *Case Reports in Dentistry*, 2019, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2019/9584235>
- Anchlia, S., Bahl, S., Shah, V., & Vyas, S. (2015). Glandular odontogenic cyst: a rare entity revealed and a review of the literature. *BMJ Case Reports*, bcr2015211502. <https://doi.org/10.1136/bcr-2015-211502>
- Arruda, J., Silva, L., Silva, L., Monteiro, J., Alvares, P., Silveira, M., & Sobral, A. (2018). Calcifying odontogenic cyst: A 26-year retrospective clinico-pathological analysis and immunohistochemical study. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 0–0. <https://doi.org/10.4317/jced.54528>
- Basile, J. R., Klene, C., & Lin, Y.-L. (2010). Calcifying odontogenic cyst with odontogenic keratocyst: a case report and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 109(4), e40–e45. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2009.12.026>
- Bilodeau, E. A., & Collins, B. M. (2017). Odontogenic Cysts and Neoplasms. *Surgical Pathology Clinics*, 10(1), 177–222. <https://doi.org/10.1016/j.path.2016.10.006>
- Borghesi, A., Nardi, C., Giannitto, C., Tironi, A., Maroldi, R., di Bartolomeo, F., & Preda, L. (2018). Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Insights into Imaging*, 9(5), 883–897. <https://doi.org/10.1007/s13244-018-0644-z>
- Byatnal, A. R., K, P. M., Rukmangada, T., & Koppal, S. (2013). An unfamiliar presentation of a lateral periodontal cyst. *Case Reports*, 2013(oct09 1), bcr2013200852–bcr2013200852. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-200852>
- Cousin, T., Bobek, S., & Oda, D. (2017). Glandular odontogenic cyst associated with ameloblastoma: Case report and review of the literature. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 0–0. <https://doi.org/10.4317/jced.53775>
- Daley, T. D., Wysocki, G. P., & Pringle, G. A. (1994). Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 77(3), 276–280. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(94\)90299-2](https://doi.org/10.1016/0030-4220(94)90299-2)
- Das, S., & Das, A. K. (1993). A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pediatric Dentistry*, 15(3), 208–211.
- Fowler, C. B., Brannon, R. B., Kessler, H. P., Castle, J. T., & Kahn, M. A. (2011). Glandular Odontogenic Cyst: Analysis of 46 Cases with Special

- Emphasis on Microscopic Criteria for Diagnosis. *Head and Neck Pathology*, 5(4), 364–375. <https://doi.org/10.1007/s12105-011-0298-3>
- Govil, S., Gupta, V., Misra, N., & Misra, P. (2013). Bilateral lateral periodontal cyst. *Case Reports*, 2013(may10 1), bcr2013009383–bcr2013009383. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009383>
- Hong, Q., Dong, X., Chen, M., Sun, H., Hong, L., Wang, Y., & Yu, Q. (2021). Plasma Treatment Effects on Oral *Candida albicans* Biofilms. *Dental Oral Biology and Craniofacial Research*, 4(2). <https://doi.org/10.31487/j.dobcr.2021.02.05>
- Huh, J.-K., & Shin, S.-J. (2013). Misdiagnosis of florid cemento-osseous dysplasia leading to unnecessary root canal treatment: a case report. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(3), 160. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.3.160>
- Majid, O. W. (2013). Unicystic ameloblastoma mimicking a lateral periodontal cyst. *Oral Surgery*, 6(2), 83–87. <https://doi.org/10.1111/ors.12011>
- Mortazavi, H., & Baharvand, M. (2016). Jaw lesions associated with impacted tooth: A radiographic diagnostic guide. *Imaging Science in Dentistry*, 46(3), 147. <https://doi.org/10.5624/isd.2016.46.3.147>
- Narang, R. S., Manchanda, A. S., Arora, P., & Randhawa, K. (2012). Dentigerous cyst of inflammatory origin—a diagnostic dilemma. *Annals of Diagnostic Pathology*, 16(2), 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2011.07.004>
- Panneerselvam, K., Parameswaran, A., Kavitha, B., & Panneerselvam, E. (2017). Primary intraosseous squamous cell carcinoma in a dentigerous cyst. *South Asian Journal of Cancer*, 6(3), 105. <https://doi.org/10.4103/2278-330X.214579>
- Perez, A., Lenoir, V., & Lombardi, T. (2022). Dentigerous Cysts with Diverse Radiological Presentation Highlighting Diagnostic Challenges. *Diagnostics*, 12(8), 2006. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12082006>
- Rajendra Santosh, A. B. (2020). Odontogenic Cysts. *Dental Clinics of North America*, 64(1), 105–119. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.002>
- Ramos, L. M. A., Vargas, P. A., Coletta, R. D., de Almeida, O. P., & Lopes, M. A. (2012). Bilateral Buccal Bifurcation Cyst: Case Report and Literature Review. *Head and Neck Pathology*, 6(4), 455–459. <https://doi.org/10.1007/s12105-012-0342-y>
- Shamim, T., & Ottayil Shabeer, K. P. (2018). Eruption cyst associated with right maxillary deciduous first molar. *Pan African Medical Journal*, 30. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.285.15368>

- Smith, S., Patel, K., & Hoskinson, A. E. (1998). Periapical cemental dysplasia: a case of misdiagnosis. *British Dental Journal*, 185(3), 122–123. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4809747>
- Sridevi, K. (2014). Residual Cyst Associated with Calcifications in an Elderly Patient. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7593.4072>
- Thompson, L. D. R. (2018). Dentigerous Cyst. *Ear, Nose & Throat Journal*, 97(3), 57–57. <https://doi.org/10.1177/014556131809700304>
- Veena, K. M., Rao, R., Jagadishchandra, H., & Rao, P. K. (2011). Odontogenic Keratocyst Looks Can Be Deceptive, Causing Endodontic Misdiagnosis. *Case Reports in Pathology*, 2011, 1–3. <https://doi.org/10.1155/2011/159501>
- Wright, J. M., Odell, E. W., Speight, P. M., & Takata, T. (2014). Odontogenic Tumors, WHO 2005: Where Do We Go from Here? *Head and Neck Pathology*, 8(4), 373–382. <https://doi.org/10.1007/s12105-014-0585-x>