

Maksiller Sinüsü İçine Alan Büyük Bir Radiküler Kist: Olgu Sunumu

A Large Radicular Cyst Involving
the Entire Maxillary Sinus: Report of a Case

Bora ÖZDEN¹, Nursel ŞAHİN², A. Ferhat MISİR³,

¹Yrd. Doç. Dr,
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi Anabilim Dalı,
KURUPELİT-SAMSUN

²Yrd. Doç. Dr,
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Oral Diagnoz ve Radyoloji
Anabilim Dalı,
KURUPELİT-SAMSUN

³Yrd. Doç. Dr,
Zonguldak Karaelmas Üniver-
sitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi Anabilim Dalı,
KOZLU-ZONGULDAK

İletişim Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Bora ÖZDEN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi A.D,
55139 Kurupelit / SAMSUN
Tel: 0 362 312 19 19 - 34 80
Fax: 0 362 457 60 32
E-mail: bozden@omu.edu.tr

ÖZET

Radiküler kistler, dental çürük veya travma sonucu devitalize hale gelmiş olan sürmüş bir dişin kök apeksinde gelişirler. En sık olarak maksiller anterior bölgede, erkeklerde ve hayatın üçüncü dekadında gözlenirler. Radyografik olarak ince bir radyopak marjin ile çevrelenmiş oval radyolüsent lezyon olarak görülürler. Büyük boyutlara ulaşmadıkları ve enfekte olmadıkları takdirde genellikle asemptomatiktirler. Kist büyük bir boyuta ulaştığında, ağız içi veya yüz asimetrisi meydana gelebilir. Büyük boyutlara ise nadiren ulaşırlar. Küçük boyutlarda olduğu zaman granüloma olarak yanlış teşhis edilebilirler. Bu çalışmada, maksiller sinüsü kaplayan, büyük boyutta, nadir görülen bir kist olgusu sunulmuştur. Kist marsüpyalizasyon sonrası, herhangi bir komplikasyon oluşmadan enükle edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Maksiller sinüs, radiküler kist

SUMMARY

Radicular cysts generally develop in the root apex of an erupted tooth that is devitalized caused by a dental caries or trauma. They are most commonly observed in the maxillary anterior region, among men and in the third decade of life. Radiographically, they are seen as ovoid radiolucent lesions surrounded by a thin radioopaque margin. They are generally asymptomatic unless they reached bigger sizes and are uninfected. When a cyst reaches a larger size, intraoral or facial asymmetry may occur. They rarely reach bigger sizes. They may be misdiagnosed with granulomas when they are in small sizes. This study presents a cyst case that covers maxillary sinus and is rarely observed in bigger sizes. The cyst was enucleated after marsupialization without occurrence of any complications.

Key Words: Maxillary Sinus; Radicular Cyst

GİRİŞ

Radiküler kistler çenelerin en sık rastlanılan (%52) inflamatuvar kistlerindedir ve diş çürüğü veya travmaya bağlı olarak devitalize hale gelen bir pulpaya sahip sürmüş bir dişin genellikle kök ucunda meydana gelirler (1). Sıklıkla erkeklerde ve hayatın üçüncü dekadında ortaya çıkarlar (2). Çenelerin her bölgesinde görülebilmekle beraber, en sık maksillada (%60) ve anterior bölgede (%39-53) gözlenirler. Maksiller posterior bölgede ise daha nadir gözlenirler (%7). Yavaş büyüme eğilimi olan bu kistler, maksillada hem bukkal hem palatal yönde büyürken, mandibülada labial veya bukkal, çok nadiren lingual yöne büyüme eğilimindedirler (3). Büyük boyutlara ulaşmadıklarında ve enfekte olmadıklarında genellikle asemptomatik seyredeler. Radiküler kistler nadiren büyük boyutlara ulaşabilirler (4,5). Bu çalışmada, maksiller sinüsü kaplayan büyük boyutta bir radiküler kist olgusu rapor edilmiştir.

OLGU SUNUMU

On altı yaşındaki erkek hasta yaklaşık bir yıldır devam eden sağ üst çenesinde ağrı ve şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinde dental apse teşhisi nedeni ile uzun süreli antibiyotik tedavisi gördüğü, ilgili bölgedeki 16,15 ve 14 no'lu dişlere kanal tedavisi başlandı, ancak ağrısı ve şişliğinin geçmemesi üzerine kliniğimize başvurduğu öğrenildi.

Ekstra-oral klinik muayenede sağ maksiller posterior bölgede şişlik mevcudiyeti gözlemlendi, intra-oral muayenede ise posterior dişlerin vestibüler sulkusunu dolduran şişlik izlendi. Baş-boyun bölge muayenesinde herhangi başka bir semptom bulunamadı ve lenf bezleri normaldi. İlgili dişlere daha önceden kanal tedavileri başlanmış olduğu için vitalite testleri yapılmadı. Radyolojik muayenede sağ üst 18 no'lu dişin distalinden, sağ üst kanin dişinin distaline; aşağı bölgede 18,17,16,15 ve 14 no'lu diş köklerini içine alan, yukarıda orbita alt kenarına uzanan, sağ maksiller sinüsü içine alan, medial bölgede nazal mukoza ile ilişkili radyolüsent lezyon görüntüsü saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT)'de, sağ maksiller kemikte destrüksiyona yol açan üst 15 no'lu diş kökünden kaynaklanıp maksiller sinüsü dolduran, hava-sıvı seviyelenmesi oluşturan sıvı dansiteleri (apse), nazal septumda deviasyon izlendi (Resim 1). Klinik ve radyolojik muayeneler gözönüne alınarak enfekte radiküler kist ön tanısı ile insizyonel biyopsi alınmasına karar verildi.

Resim 1: Operasyon öncesi hastadan alınan Panoramik grafi ve bilgisayarlı tomografi görüntüleri.



Biyopsi spesmeninin histopatolojik incelemesi sonucu lezyona, kesitlerde keratinizasyon göstermeyen çok katlı yassı epitel ile döşeli inflamatuvar odontojenik kist (radiküler kist) teşhisi konuldu. Kist duvarı ödemli, fibröz bağ dokusundan oluşmakta idi. Döşeyici epitel ve duvar içinde, PMN lökosit, lenfosit, plazma hücreleri ve makrofajlar içeren, apseleşen, aktif kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu bulunmakta idi. Neoplastik bir lezyonu düşündürecek bulgu saptanmadı.

Lezyonun boyutları ve anatomik lokasyonları göz önüne alınarak marsüpyalizasyon yapılmasına karar verildi. 17,16 ve 15 no'lu diş köklerinin 1 cm altından horizontal bir insizyonla, lateral kortikal kemiğin rezorbsiyonundan dolayı doğrudan kist membranına ulaşıldı, membran insize edilerek kistik sıvı çıkışı izlendi ve membran ağız mukozasına sütüre edildi. Pencerenin açık kalması için silikon bir aparey sütüre edildi (Resim 2).

Resim 2: Marsüpyalizasyon sonrası hastanın klinik görünümü.



Üst sağ çürüklü 18 no'lu dişi çekilerek çekim soketi ile marsüpyalizasyon penceresinin bağlantısı gerçekleştirildi. Serum fizyolojik ile yıkama esnasında 18 no'lu diş kavitesinden de sıvı çıkışı sağlandı. Silikon aparey 3. günde çıkartıldı. Hastanın sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez marsüpyalizasyon penceresini yıkaması sağlandı.

Marsüpyalizasyon sonrası 9. ayda enükleasyon yapılarak kitlenin lokal anestezi altında total olarak çıkartılmasına karar verildi (Resim 3). Dişlerin kanal tedavilerinin tamamlanması ve hastadan bilgilendirilmiş olur alınmasını takiben, lokal anestezi altında Caldwell-Luck operasyonu

ile maksiller sinüse ulaşarak lezyon kapsülüyle birlikte enükle edildi. Kavite kürete edildi. Ameliyat sonrasında kistik kavite içerisinde yer alan 17,16,15 ve 14 no'lu dişlerin kök uçları görüldü ve kök uçları rezeke edildi. Yara primer suture edildi. Hastaya postoperatif bir hafta süresince analjezik ve antibiyotik reçete edildi. Sütürler bir hafta sonra alındı. Artık kistik epitel bırakma ihtimali gözönüne alınarak marsüpyalizasyon penceresi açık bırakıldı ve yıkamaya devam edildi ve 10 ay sonra rotasyonel flep ile kapatıldı. Hastanın bir yıllık klinik ve radyolojik takibi sonucu yara yeri iyileşmesinin iyi olduğu gözlemlendi (Resim 4).

Resim 3: Marsüpyalizasyon sonrası panoramik grafi görüntüsü.



Resim 4: Enükleasyon sonrası hastadan alınan panoramik ve bilgisayarlı tomografi görüntüleri.



TARTIŞMA

Radiküler kistler, devital dişler ile ilişkili, menses epitel artıklarının proliferasyonu ile gelişen, oval şekilli uniloküler radyolüsent lezyonlardır (3). Büyük boyutlara ulaşmadıkça asemptomatik seyrederek. Büyük boyutlara ise nadiren ulaşırlar. Bu durumda yüz asimetrisine neden olur ve enfekte olarak ağrıya yol açabilirler (4,6).

Radiküler kistler, maksiller posterior bölgede daha az sıklıkta gözlenirler (3,6). Bu bölgede ortaya çıktıklarında kiste sebep olan devital dişin sinüse yakınlığı, kistin maksiller sinüse yayılımında önemli rol oynar. Literatürde, büyük boyutlara ulaşan, olgumuzda olduğu gibi sinüsü kaplayan, nazal mukozaya ve orbita duvarı ile ilişkili, enfekte radiküler kist olgu sayısı oldukça azdır (4,5,7-9).

Radiküler kist teşhisinde radyolojik inceleme erken tanıda büyük önem taşır. Konvansiyonel grafilerde kistin boyutunun tayini zor olur. Bu durumda, panoramik grafilerden ve BT'den yararlanılır.

Enfekte bir kist dental apse ile karıştırılabilir ve yanlış tedavi uygulanabilir. Olgumuzdan alınan anamnezde, ağrı şikâyeti olması nedeni ile daha önceden dental apse teşhisi ile uzun bir süre antibiyotik tedavisi gördüğü ve rutin radyografik incelemelerde kistin varlığının anlaşılmadığı öğrenilmiştir. Radiküler kistlerin, periapikal granülomalarla sadece radyografik olarak ayırıcı teşhisini koymak güçtür (9,10). Ancak inatçı ve sürekli büyüme eğiliminde olan bir lezyondan şüphelenildiğinde daha ileri radyolojik incelemelere başvurulmalıdır. Aksi halde kistin erken tanısı zorlaşır ve olgumuzda olduğu gibi önceden tahmin edilemeyecek boyutlara ulaşabilir.

Radiküler kistler, devital bir dişten kaynaklandığından, tanıda vitalite testinin önemi büyüktür. Ancak olgumuzda olduğu gibi daha önceden dental apse şüphesi ile lezyona komşu dişlere kanal tedavisi başlandığında, sorunlu dişin vitalite testi ile saptanması imkânsız hale gelebilir.

Radiküler kistlerin büyük bir bölümü, özellikle 1 cm'den küçük çaplı olanlar, sadece endodontik kanal tedavisi ile %85-90 oranında tedavi edilebilirken, daha büyük boyuttakiler (3 cm'den küçük olanlar) enükleasyon, daha büyük kistler ise marsüpyalizasyonla tedavi edilir (8,11,12). Olgumuzda kist boyutunun alışılmış boyutlardan daha büyük olması nedeni ile 10 aylık bir marsüpyalizasyon tedavisinden sonra enükle edilmesi uygun görülmüştür. İlişkili dişlere kanal tedavilerinin ardından apikal rezeksiyonları gerçekleştirilmiştir. Hasta enükleasyon sonrası bir yıl izlenerek iyileşmenin tatminkâr olduğu görülmüş, nükse rastlanılmamıştır.

Radiküler kistlerin büyük boyutlara ulaşabilmesi nedeni ile klinisyenlerin endodontik olarak tedavi edilen dişlerin radyografik olarak izlemelerini yapması gerekmektedir. Bu takip kistik değişimin erken teşhis edilmesinde önemli yer tutmaktadır. Bununla birlikte, büyük boyutlara ulaşmış radyolüsent lezyonların histopatolojik incelemelerinin mutlak suretle yapılması, malignite riskinin ortadan kaldırılması için önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006;35(8):500-7.
2. Nair PNR. New perspectives on radicular cysts: do they heal? *Int Endod J* 1998;31(3):155-60.
3. Shear M, Speight P. Radicular cyst and residual cyst. In: *Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2007. p.123-42.
4. Gadiant SE, Cina MT, Ford CN. Large radicular cyst in maxillary sinus. *J Wis Dent Assoc* 1976;52(10):468-9.
5. Gibson GM, Pandolfi PJ. Case Report: A large radicular cyst involving the entire maxillary sinus. *Gen Dent* 2002;50(1):80-1.
6. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burrano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily:1986-2005. *J Oral Sci* 2008; 50(1):15-8.
7. Amos MJ, Dalghous A, Alkhabuli J, Mizen KD. Massive Maxillary Radicular Cyst Presenting as Facial Fracture and Abscess: A Case Report. *Libyan J Med* 2007; 2(4):E211-213.
8. Aslan M, Aras MH, Göksele Şimşek G, Ertunç Dayı E. Large Dentigerous and Radicular Cysts of The Mandible.(Case Report). *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2006;16(1):54-58.
9. Rees JS. Conservative management of a large maxillary cyst. *Int Endod J* 1997;30(1):64-7.
10. Nair PNR, Sjögren U, Schumacher E, Sundqvist G. Radicular cyst affecting a root-filled human tooth: a long-term post-treatment follow-up. *Int End J* 1993;26(4):225-33.
11. Aslan M, Şimşek G. Large residual dental cyst (A case report). *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2002; 12(3):45-49.
12. Chiapasco M, Rossi A, Motta JJ, Crescentini M. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large mandibular cysts:A radiographic computed analysis of 27 consecutive cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58(9):942-48.