



MAKSİLLER SİNÜSÜ İÇİNE ALAN GENİŞ VE ENFEKTE RADİKÜLER KİST: VAKA RAPORU

A Wide Infected Radicular Cyst Invading Maxillary Sinus: Case Report

Esra ALTUNSOY¹, Tuğçe ÇEVİK¹, Oğuzhan GÖRLER²

Makale Kodu/Article code : 296224

Makale Gönderilme tarihi : 18.01.2017

Kabul Tarihi : 10.04.2017

ÖZ

Radiküler kist, çenelerde görülen en yaygın lezyonlardan biridir. Çürük veya travma sonucu gelişen pulpal nekrozu takiben, devital olan dişin apeksinde oluşur. Radiküler kistlerin çoğu genellikle asemptomatik ve küçüktür, nadiren büyük boyutlara ulaşabilir. Bu makalenin amacı; maksillar sinüsü kaplayan, orbita tabanına ve burun yan duvarına kadar ulaşmış bir radiküler kist vakasının, lokal anestezi altında cerrahi olarak enükleasyonunu sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Enükleasyon, maksiller sinüs, radiküler kist

ABSTRACT

Radicular cysts are among the most common lesions of the jaws. They develop around the apex of the devitalized root following pulp necrosis or trauma. Mostly radicular cysts are asymptomatic and small, they rarely reach large sizes. The purpose of this article is to present the enucleation of a radicular cyst case invading the maxillary sinus and reaching to orbital floor and the lateral nasal wall.

Keywords: Enucleation, maxillary sinus, radicular cyst

GİRİŞ

Maksillofasiyal bölgeyi pek çok kist etkiler. Kistler kemik ya da yumuşak doku içinde semptomlu ve semptomsuz olabilirler. Kemikte olursa santral kist, yumuşak dokuda olursa periferik kist olarak adlandırılır. Genel olarak enflamatuvar ve nonenflamatuvar kaynaklı odontojenik ve nonodontojenik kist şeklinde sınıflandırılır.¹ Enflamatuvar odontojenik kistleri radiküler ve lateral periodontal kistler oluşturur.² Radiküler kist, enflamatuvar kaynaklı odontojenik kistlerden en yaygın olanıdır ve diş pulpasındaki nekroz ve enfeksiyondan kaynaklanır.³ Enflamasyona sekonder olarak periodontal ligamentteki *Malassez* epitel artıklarından köken alırlar.¹

Radiküler kist çenelerin en sık görülen kistidir (%38-68).^{4,6} Rutin periapikal filmlerde teşhis edilebilirler ve bir dişin köküyle ilişkili yuvarlak ya da oval, uniloküler ya da multiloküler, iyi sınırlı radyolüseni olarak gözlenirler.⁷ Pek çok radiküler kist 0,5-1,5 cm arası küçük boyutlardadır fakat 5 cm'yi aşacak büyüklüğe ulaşabilir.⁸ Maksiller arkta, mandibular arkta daha çok etkiler⁹ ve en sık maksiller anterior bölgede ortaya çıkar.¹⁰ Çoğunlukla hayatın 3. ve 6. dekatları arasında ve daha sık erkeklerde görülür. Klinik olarak, lezyon küçük ve asemptomatiktir fakat bazen perküsyonda hafif ağrı ve hassasiyet izlenebilir.³ Hastalar genelde yavaşça gelişen şişlikten şikâyetçidir. Tedavi seçenekleri, kist lokalize ve küçükse kanal tedavisi olabilirken lezyon büyükse enükleasyon gibi cerrahi tedavi yapılabilir.¹¹ Tedavi edilmeyen kistler, lokal doku yıkımı ve deformitelere sebep olarak genişleyebilirler.¹²

Bu makalede, maksiller sinüsü de içeren ve Caldwell-luc yaklaşımı ile tamamen rezekt edilen geniş bir radiküler kist olgusu sunulmuştur.

VAKA RAPORU

Yüzünün sağ tarafında şiddetli ağrı ve şişlik şikâyeti ile Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine birkaç kez başvuran 25 yaşındaki yetişkin erkek

hastaya, apse sebebiyle antibiyotik ve analjezik reçete edildiği öğrenildi. Hasta, iyileşme olmadığı için Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi kliniğimize 25.03.2016 tarihinde başvurdu. Ekstraoral klinik muayenede sağ maksiller posterior bölgede fasiyal asimetri, şişlik mevcuttu ve bu bölge hassastı. Hastaya göre, yüzündeki şişliğin 1 yıldır ağrısız olarak devam ettiği öğrenildi (Resim 1). İntraoral muayenede ise posterior dişlerin vestibüler sulkusunu dolduran, iyi tanımlanmış, lokalize, düzgün yüzeyle, diffüz, yumuşak ve fluktuan şişlik izlendi. Şişlik 4×4 cm boyutlarındaydı. Üzerindeki mukoza ülser değildi ve rengi normaldi. Palatinal mukoza sağlamdı. Hastanın oral hijyeni iyiydi. Baş-boyun bölgesi muayenesinde başka bir semptom izlenmedi ve lenf bezleri normaldi. Muayene sırasında hastanın genel ve fiziksel sağlığının iyi olduğu izlendi.



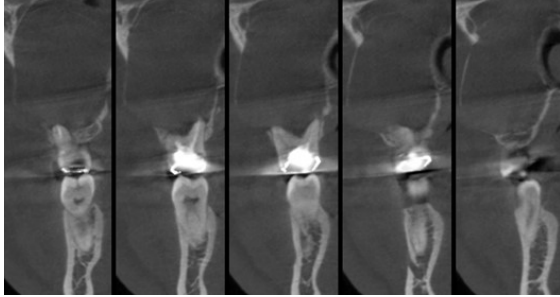
Resim 1. Preoperatif maksiller vestibüler sulkustaki ekspansiyon.

Panoramik röntgende sağ maksiller sinüsün normal görünümünden daha bulanık bir radyolüsentliğe sahip olduğu, birinci büyük azı dişinin kanal tedavili ve maksiller sinüsle ilişkili olduğu izlendi (Resim 2).

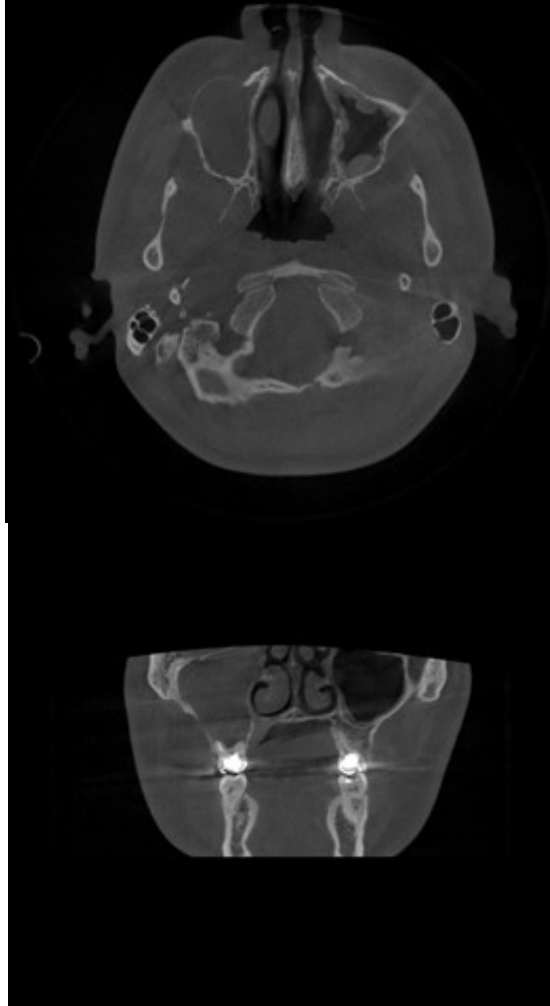


Resim 2. Hastanın preoperatif panoramik radyografik görüntüsü

Yapılan ponksiyonda, enfekte kist sıvısı aspire edildi. Alınan dental volumetrik tomografide lezyonun tüm sağ maksiller sinüsü kapladığı ve burun yan duvarını rezorbe ettiği ayrıca orbita tabanına kadar ulaştığı gözlemlendi (Resim 3,4). Tomografi, lezyonun 4×4 cm boyutlarında ve 1. molar dişin kökleriyle ilişkili olduğunu gösterdi.



Resim 3. Sağ üst 1. molar dişin köklerini rezorbe eden kistin sagittal CBCT görüntüsü



Resim 4. Maksiller sinüsü kaplayan radiküler kistin aksiyal ve koronal CBCT görüntüsü

İlgili dişe daha önceden kanal tedavisi yapıldığı için vitalite testi yapılmadı fakat bölgedeki 12, 13, 14, 15, 17 ve 18 nolu dişler vitaldi. Tüm dişlerde perküsyona hassasiyet gözlenmedi. Hastanın rutin laboratuvar testleri normal sınırlar içindeydi. Hastadan alınan anamnez, klinik ve radyolojik muayene sonucunda radiküler kist ön tanısı konuldu. Hastanın asker olması sebebiyle marsüpyalizasyon tedavisi için yeterli zamanı olmadığı için kistin cerrahi enükleasyonu tercih edildi. Hastanın bilgilendirilmiş onamı alındı. Hastanın, tedavi prosedürünü ve prognozunu etkileyecek önemli bir medikal hikâyesi yoktu. %2'lik adrenalinli (1:200000) lokal anestezi ve antibiyotik profilaksisi altında Caldwell-Luc operasyonu uygulandı. Operasyonda tüber, infraorbital, infiltratif,ve palatinal anestezi takiben öncelikle sağ lateral dişinin hemen distalinden üçüncü büyük azı dişinin distaline kadar sirküler insizyon atılarak başlandı ve insizyonun başlangıç ve bitiş bölgelerinden vestibülden vertikal insizyonlar ile insizyon bitirildi. Devamında bölgeden zarf flep kaldırıldı ve lateral kortikal kemiğin rezorpsiyonundan dolayı doğrudan kist membranına ulaşıldı (Resim 5).



Resim 5. Maksiller sinüsü içine alan kitle.

Kist kapsülüyle birlikte enükle edildi ve kavite kürete edildi ayrıca bölgedeki kistle ilişkili birinci büyük azı dişi çekildi (Resim 6).



Resim 6. Kistin lokal anestezi altında enükeasyonu ve 16 numaralı dişin çekimi

Betadin ve serum fizyolojik ile irrigasyon yapıldı. Kemik kenarları düzeltildi ve kanama kontrolü yapıldı. Flep 3/0 ipekle primer olarak sütüre edildi (Resim 7). Hastaya postoperatif talimatlar verildi, analjezik ve antibiyotik ilaçlar reçete edildi. Süturlar bir hafta sonra alındı. Operasyonu takiben 14. gündeki kontrolde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Çıkartılan dokular histopatolojik olarak incelendi ve enfekte radiküler kist ile uyumlu olduğu rapor edildi. Hastanın postoperatif seyri sorunsuzdu ve 6 ay sonra rekürrens belirtisi yoktu.



Resim 7. Flebin primer olarak kapatılması

TARTIŞMA

Odontojenik kistler maksillofasiyal bölgenin yaygın görülen lezyonlarıdır. Etyolojilerine göre, gelişimsel ve enflamatuvar olmak üzere ikiye ayrılırlar. Gelişimsel kistler; primordial, dentijeröz kist, erüpsiyon kisti ve gingival kistlerdir. Enflamatuvar kistler; radiküler ve lateral periodontal kistlerdir.¹³

Radiküler kistler, odontojenik kistler içinde en yaygın olanıdır ve bu kistlerin %52,3-70,7'sini oluşturur.^{14,15} Çenelerin dişli olan tüm

bölgelerinde görülmekle birlikte; maksiller anterior bölgede görülme oranı yüksektir.¹ Erkeklerde kadınlardan daha fazla görülür.¹⁶ Bu vakada, 25 yaşındaki erkek hastada maksiller posterior bölgede, sağ üst 1. molar diş kaynaklı, maksiller sinüsü kaplayan radiküler kist olgusu sunulmuştur.

Radiküler kistler, travmatik yaralanma veya çürük sonucu gelişen pulpal nekrozu takiben oluşurlar. Devital dişle ilişkili olup, *Malassez* epitel artıklarının proliferasyonu sonucu gelişen unilokuler radyolüsent lezyonlardır.^{1,12} Bu lezyonlar genellikle epitelle dōşelidir. Ekspansif büyürler, çapı genellikle 1 cm'den küçüktür ve ince bir kortikal kemikle sınırlanmışlardır.¹⁷ Büyük boyutlardaki radiküler kistler nadiren ortaya çıkarlar ve odontojenik keratokist, dentigeröz kist gibi patolojileri düşündürebilirler.¹⁸ Bu vakada radiküler kistin sinüsü tamamen kapladığı, çapının 4x4 cm olduğu ve bukkal kortekste perforasyon oluşturduğu görülmüştür.

Radiküler kistler, maksiller posterior bölgede daha az görülür. Bu bölgede görüldüklerinde kiste sebep olan devital dişin sinüse yakınlığı, kistin maksiller sinüse yayılmasında önemli rol oynar.¹² Bu vakada radiküler kistin, kökleri maksiller sinüsle ilişkili olan sağ üst 1. molar diş kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Radiküler kistler yavaş büyürler ve genellikle çok büyük boyutlara ulaşmazlar. Kist kavitesi enfekte olduğunda ağrı ve şişliğe yol açar ve hastalar genellikle bu şikâyetlerle kliniğe başvururlar. Geniş kistlerde dişte mobilite, kök rezorpsiyonu, yer değiştirme ve vitalite kaybına neden olurlar.¹⁹ Bizim vakamızda sağ üst 1. molar dişte kanal tedavisi mevcut olduğundan devitaldir ve köklerde rezorpsiyon mevcuttur. Kistle ilişkili olduğu düşünülen diğer dişlere (12, 13, 14, 15, 17 ve 18) yapılan elektrikli pulpa testi sonucunda dişlerin vital olduğu tespit edilmiştir. Dişlerde mobilite, yer değiştirme veya kök rezorpsiyonu gözlenmemiştir.

Radiküler kist teşhisinde radyografik incelemeler erken tanıda büyük önem taşır. Radyografik olarak radiküler kist; iyi sınırlı, sıklıkla radyopak görünümlü sklerotik bir sınırla çevrili, uniloküler radyolusent lezyon şeklinde görülür.²⁰ Maksiller sinüsü kaplayan büyük patolojilerin teşhisi, boyutunun ve sınırlarının belirlenmesi, konvansiyonel radyografik yöntemlerle zor olmaktadır. Bilgisayarlı tomografi ile kistler; solid tümörler ve fibrosossez lezyonlar gibi çeşitli patolojilerden ayırt edilebilir.²¹ Bu vakada hastadan alınan panoramik radyografi ile maksiller sağ bölgedeki lezyonun sınırları tam olarak tespit edilememiş, dental volumetrik tomografi çekilerek radyografik inceleme desteklenmiştir.

Dentigeröz kist, odontojenik keratokist gibi diğer odontojenik kistler ve odontojenik tümörler (ameloblastoma, Pindborg tümörü, odontojenik fibroma, sementoma); radiküler kistlerle aynı radyografik özellikleri paylaşırlar. Bu tür lezyonların teşhisinde histopatolojik değerlendirmenin önemi büyüktür.²⁰ Bu vakada lezyon bölgesinden alınan örnekte yapılan histopatolojik incelemede, lezyonun enfekte radiküler kist olduğu doğrulanmıştır.

Radiküler kistler için önerilen tedavi seçeneği endodontik tedaviyle kombine olarak kist içeriğinin boşaltılması veya ilgili dişin ekstraksiyonu ile birlikte kistin cerrahi olarak enükleasyonu.²² Lezyon 1cm'den küçük olduğunda çoğu klinisyen endodontik tedaviyi tavsiye etmektedir; ancak büyük lezyonlar için cerrahi yöntem olarak marsüpyalizasyon veya enükleasyon tercih edilmektedir.⁷ Endodontik tedaviyi takiben iyileşmenin değerlendirilmesi için en az bir yıl beklenilmesi gerektiği görüşü bildirilmiş, bu sürenin sonunda iyileşme gözlenmediği takdirde cerrahi yöntemin tercih edilmesi gerektiği savunulmuştur.²³ Bazı araştırmacılar, kistik lezyonun çapı 3 cm'den küçük olduğunda kistin epiteliyle birlikte tamamen enükleasyonunu önerirken, 3 cm'den büyük lezyonlar için marsüpyalizasyonu

önermektedirler.²⁴ Fakat marsüpyalizasyonun; uzun sürmesi, iki aşamalı cerrahi gerektirmesi ve kist epitelinin in situ karsinomaya proliferasyon riski gibi dezavantajları vardır.²⁵ Bu vakada kistin enfekte olması, hastanın ağrısının olması, mesleği nedeniyle hastanın rutin kontrollere gelememesi gibi nedenlerle kistle ilişkili sağ üst 1. molar dişi çekilip, kist kapsülüyle birlikte enükle edilmiştir.

Sonuç olarak, radiküler kist oral kavitede yaygın görülen bir durumdur. Maksiller sinüs kitlelerinin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Bu vakada, maksiller sinüsü kaplayan, göz tabanına ve burun yan duvarına kadar ulaşan radiküler kistin cerrahi olarak enükleasyonu sunulmuştur. Bu tür lezyonların varlığında doğru teşhisi koymak için, iyi bir klinik ve radyografik inceleme ile birlikte, histolojik değerlendirme gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Shear, Mervyn, and Paul Speight. Cysts of the oral and maxillofacial regions. John Wiley & Sons, 2008.
2. Krishnamurthy V, Haridas S, Garud M, Vahanwala S, Nayak CD, Pagare SS. Radicular cyst masquerading as multilocular radiolucency. Quintessence International, 2013; 44(1).
3. Nair, P. N. New perspectives on radicular cysts: do they heal?. International Endodontic Journal, 1998; 31(3):155-160.
4. Grossmann, SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gomez RS, Aguiar MCF, Mesquita RA. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2007; 104(6):35-41.
5. Üstüner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2003; 95(5):632-635.
6. Açıkgöz A, Uzun-Bulut E, Özden B, Gündüz K. Prevalence and distribution of

- odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish Population. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 2012; 17(1):108.
7. Cristina Batista Rodriguez Johann A, Oliveira Gomes CD, Alves Mesquita R. Radicular Cyst: a case report treated with conservative therapy. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2007 31(1):66-67.
 8. Marx RE, Stern D. *Oral and maxillofacial pathology*. Chicago: Quintessence, 2003.
 9. Manwar NU, Agrawal A, Chandak MG. Management of infected radicular cyst by surgical approach. *International Journal of Dental Clinics*, 2011; 3(4).
 10. Bataineh AB, Ma'amon AR, Qudah MAA. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. *Quintessence international*, 2004; 35(10).
 11. Suhail L, Ajaz SA, Suhail JM. Radicular cyst: review. *Journal of medical education & research*, 2009; 11:187-189.
 12. Riachi F, Tabarani C. Effective management of large radicular cysts using surgical enucleation vs marsupialisation. *International Arab Journal of Dentistry*, 2010; 1(1).
 13. Baer ST, Drysdale A, Moore-Gillon V. Giant radiculat cyst in the maxillary antrum presenting with chronic epiphora. *The Journal of Laryngology & Otology*, 1998; 102(04):365-367.
 14. Kocuyigit ID, Atil F, Alp YE, Tekin U, Tuz HH. Piezosurgery versus conventional surgery in radicular cyst enucleation. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2012; 23(6):1805-1808.
 15. Sagit M, Guler S, Tasdemir A, Somdas MA. Large radicular cyst in the maxillary sinus. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2011; 22(6):e64-e65.
 16. Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RW, Bezerra PG, Neto PJO, Andrade ES. Odontogenic cysts: a clinicopathological study of 507 cases. *Journal of oral science*, 2009; 51(4):581-586.
 17. Weber AL, Kaneda T, Scrivani, SJ, Aziz S. *Jaw: cysts, tumors, and nontumorous lesions. Head and neck imaging*, 4th edn. Mosby, St. Louis, 2003; 930-994.
 18. Dimitroulis G, Curtin J. Massive residual dental cyst: case report. *Australian dental journal*, 1998; 43(4):2-4.
 19. Irfan M, Alauudin M, Roselinda A, Saifulizan A. Big Radicular Cyst In A 12 Year-Old Girl: A Case Report. *Int Med J*, 2007; 6(5).
 20. Ricucci D, Mannocci F, Ford TRP. A study of periapical lesions correlating the presence of a radiopaque lamina with histological findings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 2006; 101(3):389-394.
 21. Han MH, Chang KH, Lee CH, Na DG, Yeon KM, Han MC. Cystic expansile masses of the maxilla: differential diagnosis with CT and MR. *American journal of neuroradiology*, 1995; 16(2):333-338.
 22. Tandri SB. Management of infected radicular cyst by surgical decompression. *Journal of Conservative Dentistry*, 2010; 13(3):159.
 23. Rees, JS. Conservative management of a large maxillary cyst. *International endodontic journal*, 1997; 30(1):64-67.
 24. Aslan M, Şimşek G. Large residual dental cyst (A case report). *The Journal of the Dental Faculty of Ataturk University*, 2002; 12(3):45-49.
 25. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 2002; 62(1):25-29.
- Corresponding Author:**
 Esra ALTUNSOY
 Cumhuriyet University Faculty of Dentistry Department of Oral and Maxillofacial Surgery
 Sivas, Turkey
 Telephone: +905075435293
 Fax: +903462191237
 E-mail: dtesraaltunsoy@gmail.com