

MANDİBULADA BİLATERAL DENTİGERÖZ KİST: VAKA RAPORU

BILATERAL DENTIGEROUS CYST IN MANDIBLE: A CASE REPORT

Dt. Yavuz Tolga KORKMAZ *

Prof. Dr. İhsan Levent ARAL*

ÖZET

Dentigeröz kistler çenelerde sık gözlenen odontojenik kistler olmakla beraber, çoğunlukla gömülü mandibular 3. molar dişlerle ilişkilidirler. Genellikle rutin dental radyografilerde tespit edilirler ve sekonder olarak enfekte olmadıkları sürece ağrı veya başka bir rahatsızlık oluşturmazlar. Bilateral dentigeröz kistler nadirdir ve tipik olarak bir gelişimsel sendromla ilişkili olarak ortaya çıkarlar. Buna ek olarak herhangi bir gelişimsel sendrom yokluğunda bilateral dentigeröz kist oluşumu da çok nadir gözlenir. Bu makalenin amacı herhangi bir sendromu olmayan, 63 yaşındaki erkek hastada gözlenen bilateral dentigeröz kist olgusunu sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Dentigeröz kist, enükleasyon, mandibuler patoloji

SUMMARY

Dentigerous cysts are common developmental cysts of the jaws, most frequently associated with impacted mandibular third molar teeth. Usually they are diagnosed on routine dental radiographs and there is usually no pain or discomfort associated with the cyst unless it becomes secondarily infected. Bilateral dentigerous cysts are rare and typically occurs in association with a developmental syndrome. In addition the occurrence of bilateral dentigerous cysts in the absence of a developmental syndrome is very rare. The aim of this paper was to report on a nonsyndromic, 63 year old man who presented mandibular bilateral dentigerous cysts.

Key words: Dentigerous cyst, enucleation, mandibular pathology

Dentigeröz kistler, 1992 yılında WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılan sınıflandırmaya göre odontojenik-gelişimsel kistler olarak kabul edilmiştir.¹ Dentigeröz kistler çeneler içerisinde gömülü dişin kronunun oluşmaya başlamasından sonra diş folikülü etrafında bir boşluk oluşması ve oluşan mine epiteli artıklarının kistik değişime uğraması sonucu meydana gelirler.^{2,3,4,5} En çok mandibular molar bölgede ve erkeklerde meydana gelirler. Radiküler kistlerden sonra çenelerde en sık rastlanan odontojenik kistlerdir.^{3,5,6,7} Çenelerin gerçek kistlerinin yaklaşık olarak %24'ü dentigeröz kistler olmakla beraber genel popülasyonda her 100 gömülü dişte görülme sıklığı ise 1.44 olarak bildirilmiştir.^{4,6,7,8} Bu kistlerin dişlerin yer değiştirmesine, komşu anatomik yapılarda lokal bir genişlemeye, patolojik fraktür meydana getirebilecek şekilde kemik yoğunluğunun azalmasına ve neoplastik değişimlere neden olabileceği rapor edilmiştir.²

VAKA RAPORU

63 yaşında erkek hasta bir diş hekimi tarafından rutin radyografide tespit ettiği bilateral gömülü mandibular 3. molar dişler ve bu dişlerle ilişkili geniş radyolüsent lezyonlar nedeniyle kliniğimize gönderilmiş ancak hastanın alınan anamnezinde herhangi şikâyetinin olmadığı tespit edilmiştir.

Hastanın sistemik anamnezinde kronik hipertansiyon hastası olduğu ve yaklaşık 10 yıldır medikal tedavi gördüğü öğrenilmiştir. Ayrıca hastanın 7 yıl önce aort anevrizması nedeniyle bir operasyon geçirdiği, aterosklerotik kalp hastalığı olduğu ve bu problem nedeniyle düzenli olarak takip edildiği belirlenmiştir. Ancak lezyonlarla ilişkili bir sendrom varlığı tespit edilmemiştir.

Ağız içi muayenede lezyonların olduğu her iki posterior mandibular bölgede herhangi bir şişlik veya fistül ağzı oluşumu gözlenmemiştir.

Radyografik bulgular

Panoramik radyografide her iki tarafta gömülü 3. molar dişleri de içine alan geniş radyolüsent lezyon varlığı gözlenmiştir (Resim 1).



Resim 1. Her iki lezyonun operasyon öncesi panoramik görüntüsü

* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Ankara

Sol mandibular posterior bölgedeki lezyonun sınırları önde sol alt 1. ve 2.premolar dişlerin köklerine kadar uzanıp mental siniri içine aldığı, arkada ise ramus mandibulanın 2/3' ünü içine alacak şekilde koronoid prosese doğru uzandığı gözlenmiştir. Ayrıca alveolar kret tepesinden başlayıp mandibulanın inferior sınırına kadar uzanacak şekilde ve gömülü 3. molar dişi de içine alacak şekilde çok geniş bir alanı kaplayan etrafi sklerotik alanlarla sınırlı uniloküler radyolüsent lezyon varlığı gözlenmiştir. Sağda ise; gömülü 3. molar diş çevresinde ön sınırı 3. molar dişin kronu olan arkada ise ramus mandibulaya doğru uzanan ve mandibula alt kenarına doğru yaklaşan kısmen daha az radyolüsent iyi sınırlı bir lezyon belirlenmiştir. Bu durumda daha detaylı bir görüntü elde etmek ve tedavi planlamasına yardımcı olması için hastadan Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekilmiştir.

Her iki lezyonun mandibular kemikteki yayılımının görüldüğü BT görüntülerinde soldaki lezyonun belli noktalarda lingual kemiği perforate ettiği belirlenmiştir (Resim 2,3).



Resim 2. Her iki lezyonun 3 boyutlu tomografide operasyon öncesi alınan görüntüleri; sol taraftaki lezyonun lingual kemiği perforate ettiği görülmektedir.



Resim 3. BT görüntüsünde her iki lezyonun mandibular kemikteki yayılımı görülmektedir.

Tedavi

Klinik olarak dentigeröz kist ön tanısı ile her iki lezyon bölgesinden aspirasyon biyopsisi yapılmış, elde edilen aspirasyon biyopsileri sonucu da dentigeröz kist tanımızı doğrulamıştır. Her iki lezyonun ve ilişkili gömülü 3. molar dişlerin iki ayrı cerrahi operasyonla çıkarılmasına karar verilmiştir. Sol mandibulada bulunan daha geniş lezyon patolojik kırığa neden olabileceğinden öncelikle bu bölgedeki operasyonun yapılmasına karar verilmiştir.

Cerrahi prosedür; nitroz oksit inhalasyonu ile birlikte i.v. fentanil + ketamin ile hemodinamik stabilizasyonun sağlanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Operasyon bölgesinde mandibuler anestezide ek olarak bukkal infiltrasyon anestezisi uygulanmıştır. Bukkal mukoperiostal flep kaldırılmış, flep anteriora ve posteriora doğru esnetilerek tüm kist kavitesi için uygun görüş alanı sağlanmıştır (Resim 4).



Resim 4. Operasyon sırasında sol taraftaki lezyonun görüntüsü

Tüm kistik oluşumlar ve ilişkili gömülü 3. molar diş enükle edilmiştir. Operasyon sırasında alveolar inferior sinir görünür hale gelmiş, sinir korunarak kistik yapılar sinirin etrafından çok dikkatli bir şekilde diseke edilmiştir. Vestibül bölgeye dren yerleştirilerek cerrahi alan dikkatli bir şekilde kapatılmıştır (Resim 5). Sağ mandibular bölgedeki dentigeröz kist için uygun operasyon zamanı beklenmektedir.



Resim 5. Operasyon sırasında yerleştirilen drenin ağız içi görüntüsü

Operasyon sonrası çıkartılan tüm materyaller histopatolojik değerlendirme için oral patoloji kliniğine gönderilmiştir. Histopatolojik incelemede elde edilen sonuç dentigeröz kist ön tanısını doğrulamıştır.

Hasta operasyon sonrası 2, 7, 30 ve 90. günlerde kontrol edilerek operasyon bölgesi ve hastanın bulguları dikkatlice değerlendirilmiş, dren 2. günde dikişler ise 7. günde alınmıştır. Operasyon sonrası sol tarafta ilk 7 günde şiddetli olan parestezi 90. gün sonunda tamamen kaybolmuştur. Bu süre içerisinde hastada yara iyileşmesi çok iyi şekilde gerçekleşmiş, 30 ve 90. günde elde edilen panoramik görüntülerde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamıştır (Resim 6). Hastanın takibi halen devam etmektedir. Sağ bölgedeki lezyon için uygun operasyon zamanı beklenmektedir.



Resim 6. Sol taraftaki lezyonun postoperatif 3. ay görüntüsü

TARTIŞMA

Dentigeröz kistler yaygın gelişimsel kistlerdir ve çoğunlukla rutin radyografik değerlendirmelerde veya sürmesi gereken dişin sürmemesinin, diş eksikliğinin veya dişlerdeki yer değiştirmenin nedenini bulmak için

alınan radyografilerde tespit edilirler.^{4,7,8} Genellikle sekonder olarak enfekte olmadıkları sürece hastalarda ağrı veya başka bir rahatsızlık oluşturmadan büyük boyutlara ulaşabilirler.^{4,7} Sunduğumuz bu vakada dentigeröz kist yukarıdaki literatür bilgileri ile paralel olarak hastada herhangi bir rahatsızlık oluşturmadan çene kemiğinde ileri yaşa kadar yayılım göstererek ciddi boyutlara ulaşmıştır.

Sürmedeki gecikme dentigeröz kist oluşumu için en yaygın nedendir.⁴ Gömülü dişlerdeki 3-4 mm' lik normal folikül aralığı göz önünde bulundurulduğunda aralık 5mm' den daha fazla olduğunda dentigeröz kist şüphesi asla göz ardı edilmemelidir.⁶

Radyografik olarak dentigeröz kistler çoğunlukla gömülü diş ve özellikle kronunu içine alan, unilöküler sklerotik marjinlerle iyi sınırlı radyolüsent bir lezyon olarak görüntü verir. Fakat bazen multilöküler ve kenarları tarak şeklinde ve devamlılığı kaybolmuş radyografik görüntü de ortaya çıkabilir.^{4,6-8} Özellikle kist enfekte olmuş ise kist sınırları düzensiz hale gelebilir.⁵ Lezyon sınırları da bazen radyopak görüntü verebilir.⁹ Radyografik görüntüde radiküler kist, odontojenik keratokist, ameloblastoma, odontojenik fibromiksom ve odontomaya benzer şekilde görüntü verebilmektedirler. Bu yüzden ayırıcı tanıda benzer lezyonlara dikkat edilmesi gerekir.^{5,6}

Dentigeröz kistler genellikle sürmemiş veya gömülü kalmış bir dişin kronu etrafında gelişen kistlerdir ve en sık görüldükleri dişler 3. molar dişlerdir.^{6,10} Bu bilgilerle benzer olarak sunduğumuz bu vakada gözlenen her iki bilateral dentigeröz kist gömülü 3. molar diş ile ilişkili olarak ortaya çıkmıştır. Ancak birçok çalışmanın aksine^{11,12} Motamedi ve ark.,¹³ tedavi ettikleri 40 dentigeröz kist vakasını sundukları çalışmalarında gömülü kanin diş ile ilişkili dentigeröz kist oranının (% 45) 3. molar diş ile ilişkili kist oranından (% 30) daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Dentigeröz kistler çoğunlukla çenelerde tek taraflı olarak görülürler. Bilateral veya multiple dentigeröz kistler nadir gözlenirler ve çoğunlukla bazal cell nevus sendromu, kledio-kraniyal displazi, Maroteaux-Lamy sendromu, mukopolisakkaridoz gibi sendromlarla ilişkilidirler. Bu sendromların herhangi birisinin olmadığı mandibular 3.molarla ilişkili bilateral dentigeröz kistler nadir gözlenir.^{3,4,6,7} Bu bilgiler ışığında sunduğumuz bu vaka nadir gözlenen bir vaka olması açısından önem kazanmaktadır. Herhangi bir sendromla ilişkili olmayan bilateral dentigeröz kistlerin

geniş bir yaş dağılımı olmasına rağmen (3-57 yaş) ortalama yaş 22 civarındadır. Ancak vakaların büyük çoğunluğu çocuklarda veya genç yetişkinlerde ortaya çıkmaktadır.⁶ Sunduğumuz bu vakadaki hastanın yaşı dikkate alındığında da yine nadir görülen bir vaka olarak dikkat çekmektedir.

Dentigeröz kist olgularında çoğunlukla cerrahi uygulama tavsiye edilir. Çünkü bu kistler dişlerin sürmesini engelleyebilir, çok geniş hacimlere ulaşabilir, dişlerde yer değiştirmeye neden olabilir, kemiği tahrip edebilir, vital dokulara zarar verebilir ve bazen de patolojik kırıklara neden olabilir.^{12,13} Dentigeröz kiste esas olan tedavi gömülü dişle birlikte kistin tamamen çıkarılması yani enükleasyonudur. Ancak gömülü dişin sürebilmesi için kistin dışında başka bir sorun yoksa o zaman marsupyalizasyon yapılır. Geniş çaplı kistlerde eğer enükleasyon çevre dokulara zarar verecekse yine marsupyalizasyon uygulanarak dekompresyon sağlanır.¹⁴ Ancak dentigeröz kistlerin spontan olarak iyileştiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{3,5,15,16} Her vakada cerrahi yönteme karar verirken dikkatlice değerlendirilmesi gereken noktalar; hastanın yaşı, kistin hacmi ve oluştuğu bölge, dentisyon varlığı, vital dokularla ilişkisi, estetik kaygılar, cerrahi sırasında nöral yapılara zarar verme riskidir.^{9,13} Ancak hastanın sistemik durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Sunduğumuz bu vakada preoperatif olarak her iki bölgedeki kistin marsupyalizasyonu ve uzun süreli takibi planlanmıştır. Operasyon sırasında tüm kiste kolaylıkla ulaşılmıştır. Bununla beraber tüm kistin kolaylıkla enükle edilebileceği ve etrafında sağlam kompakt yapıların varlığı fark edilince kistin tamamının ve gömülü dişin çıkarılmasına karar verilmiştir.

Enükleasyon sonrası kist kavitesinin spontan iyileşmeye bırakılması klasik cerrahi yöntemdir. İyileşmenin fizyolojik prosesi, kan pıhtısının kaviteyi doldurabilmesinden dolayı geniş kist kavitesi olsa bile cerrahi sonrası spontan kemik rejenerasyonunu sağlayabilir.⁸ Ancak mandibular fraktür riskini azaltmak ve kist enükleasyonu sonrası iyileşme periyodunu kısaltmak için operasyon sırasında otojen kemik grefti veya alloplastik materyal kullanımını destekleyen birçok çalışma yayınlanmıştır.^{8,17-19} Ancak otojen kemik greftinin tek başına veya alloplastik materyal ile birlikte kombine kullanılmasının postoperatif morbidite ve komplikasyon riskini arttırdığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^{8,18,20}

Bu vakada otojen greft için ayrı bir cerrahi gerekmesi, alloplastik materyal kullanıldığında ise enfeksiyon riski olması nedeniyle herhangi bir greft materyali kullanılmadan düzgün bir yara iyileşmesi sağlanmış ve spontan kemik rejenerasyonu gerçekleşmiştir. Hasta takipte olup sağ taraftaki lezyon için uygun operasyon zamanı beklenmektedir.

Sonuç olarak sunulan bu vakada olduğu gibi dentigeröz kistler sıklıkla gömülü 3. molar dişlerin çevresinde ve rutin radyografik muayene sırasında fark edilirler. Herhangi bir bulgu vermeden ciddi boyutlara ulaşabilirler. Bu yüzden sürmesi gerektiği halde sürmemiş olan dişlerin olduğu bölgeler klinik ve radyografik olarak iyi değerlendirilmelidir. Bu şekilde olası patolojiler erken yaşta fark edilip ve ciddi boyutlara ulaşmadan tedavi edilebilir. Hatta gömülü 3. molar dişlerin bu tür patolojilere neden olabilmeleri nedeniyle erken yaşta çekilmeleri tavsiye edilebilir. Bununla birlikte bilateral dentigeröz kistlerin bazı sendromlarla ilişkili olmaları nedeniyle bu tür vakalarda hastaların bu sendromlar açısından da iyi bir şekilde değerlendirilmeleri gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türker M, Yücetaş Ş. Ağzı, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. 3. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2004. s. 293-308
2. Freedman GL. A disappearing dentigerous cyst: report of a case. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46 (10): 885-6.
3. Shah N, Thuau H, Beale I. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cysts associated with impacted mandibular third molars. Br Dent J 2002; 192 (2): 75-6.
4. McCrea S. Adjacent dentigerous cysts with the ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (forth) molar: a rare occurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009; 107 (6): e15-20.
5. Usalan G, Erten H, Akpınar D. Dentigeröz kist (üç olgu). SÜ Dişhek Fak Derg 2008; 17: 126-130
6. Cury SE, Cury MD, Cury SE, Pontes FS, Pontes HA, Rodini C, Pinto Ddos S Jr. Bilateral dentigerous cyst in a nonsyndromic patient: case report and literature review. J Dent Child (Chic) 2009; 76 (1): 92-6.
7. Ko KS, Dover DG, Jordan RC. Bilateral dentigerous cysts--report of an unusual case and review of the literature. J Can Dent Assoc 1999; 65 (1): 49-51.
8. 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: 942-8.

9. Wang CC, Kok SH, Hou LT, Yang PJ, Lee JJ, Cheng SJ, Kuo RC, Chang HH. Ectopic mandibular third molar in the ramus region: report of a case and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 105 (2): 155-61.

10. Williams TP, Hellstein JW. Odontogenic cysts of the jaws and other selected cysts. In: Williams TP, Stewart JCB. 5th ed. 2000. WB Saunders. Philadelphia, 297-317,

11. Assael LA. Surgical management of odontogenic cysts and tumors. In Peterson L J, Indresano T A, Marciani R D, Roser S M. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia: JB Lippincott, 1992, Vol 2, pp.685-688

12. Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: report of four cases. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59: 331-334

13. Motamedi MH, Taleh KT. Management of extensive dentigerous cysts. Br Dent J 2005; 26; 198 (4): 203-6.

14. Yücetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları Ankara: Atlas Kitapçılık; 2005. s. 329-336

15. Adams AM, Walton AG. Case Report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic third molar. Dentomaxillofac Radiol 1996; 25: 162-164.

16. Irving SP, Winston-Salem MD. Spontaneous regression of a dentigerous cyst in a middle-aged adult. Oral Surg 1984; 57: 604-605.

17. Bodner L. Effect of decalcified freeze-dried bone allograft on the healing of the jaw defects after cyst enucleation. J Oral Maxillofac Surg 1996; 54: 1282.

18. Bodner L. Osseous regeneration in the jaw using demineralized allogenic bone implants. J Craniomaxillofac Surg 1998; 26: 116.

19. Etzias A, Sugar W. Pathological fractures of the mandible: A diagnostic and treatment dilemma. Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32: 303.

20. Horowitz I, Bodner L. Use of xenograft bone with aspirated bone marrow for treatment of cystic defect of the jaws. Head Neck 1989; 11: 516-23.

Yazışma Adresi:

Dt.Yavuz Tolga KORKMAZ

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD.

06510 Emek ANKARA

Tel : 0 312 2034336

Faks : 0 312 2239226

E-posta : ytkorkmaz@hotmail.com