

MAKSİLLER SİNÜSÜ KAPLAYAN BÜYÜK GLANDÜLER ODONTOJENİK KİST

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 06.11.2019

Kabul: 29.11.2019

Yayın: 29.11.2019

Rıdvan Güler¹, Bekir İlyas²

¹ Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
² Serbest Diş Hekimi

Özet

MAKSİLLER SİNÜSÜ KAPLAYAN BÜYÜK GLANDÜLER ODONTOJENİK KİST

Glandüler odontojenik kist (sialoodontojenik kist) çenelerin nadir görülen kistlerindedir. Sıklıkla yavaş büyüyen, ağrısız, radyografda radyolüsent görüntü veren bir lezyon olarak bilinmektedir. 4 ve 5. dekatlarda ki bireylerde daha sık ortaya çıkmakla birlikte, erkeklerde görülme sıklığı kadınlardan biraz daha fazladır. Klinik olarak tüm çenelerde görülebilirken mandibulada görülme sıklıkları daha fazladır. Uniloküler veya multiloküler olabilen glandüler odontojenik kist, genelde iyi sınırlı izlendiği gibi, sınırları belirsiz de olabilir. Rapor ettiğimiz bu olguda 30 yaşındaki kadın hastadan alınan panoramik radyografide, sol maksiller posterior bölgede maksiller sinüsü tamamen kaplayan sınırları düzenli ve radyopak, içi homojen radyolüsent görüntü veren patolojik kitle izlendi. Klinik muayenede, bölgede şişlik ve ekspansiyon izlenmiştir. Radiküler kist ön tanısı ile kitle enükle edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda lezyon, glandüler odontojenik kist olarak tanımlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Odontojenik kist, Maxiller sinüs, Oral patoloji

Abstract

A LARGE GLANDULAR ODONTOGENIC CYST INVOLVING TO THE MAXILLARY SINUS

Glandular odontogenic cyst (sialodontogenic cyst) is one of the rare cysts of the jaws. It is often known as a slow-growing, painless lesion with radiolucent appearance on the radiograph. Although it occurs more frequently in individuals in the 4th and 5th decades, the incidence in men is slightly higher than in women. Clinically, it can be seen in all jaws, whereas it is more common in the mandible. Glandular odontogenic cysts, which may be unilocular or multilocular, are often well-limited and may be unclear. In this case report, the panoramic radiograph of 30-years-old female patient, revealed a well defined homogeneous radiolucent lesion on the left maxillary posterior region. Clinical examination revealed swelling and expansion in the region. The mass was enucleated with a preliminary diagnosis of radicular cyst. The lesion was defined as glandular odontogenic cyst after histopathological examination.

Keywords: Odontogenic cyst, Maxillary sinus, Oral pathology

Giriş

Glandüler odontojenik kist (sialoodontojenik kist) çenelerin nadir görülen kistleri arasındadır. Görülme sıklığı %0.012-1.3 olarak bildirilmiştir.[1] Glandüler odontojenik kist (GOK), ilk kez 1988 yılında Gardner ve ark.[2] tarafından, çenelerin gelişimsel kisti olarak rapor edilmiştir. GOK önce “sialoodontojenik kist” olarak adlandırılmış, fakat kistin tükürük bezinden kaynaklandığına dair yeterli bilgi olmadığından, Gardner ve ark. tarafından, bu isim, “glandüler odontojenik kist” olarak değiştirilmiştir.[3]Günümüzde de Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) bu patolojiyi glandüler odontojenik kist olarak kabul etmiştir.

Glandüler odontojenik kist klinik olarak, yavaş büyüme özelliğine sahip olup sıklıkla semptom vermezler. 4 ve 5. dekatlarda ki bireylerde daha sık ortaya çıkmakla birlikte, erkeklerde görülme sıklığı kadınlardan biraz daha fazladır.[4] Klinik olarak tüm çenelerde görülebilirken mandibulada (%70) görülme oranları daha yüksektir.

Sorumlu Yazar: Rıdvan Güler, Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Sur/Diyarbakır
ridvanguler06@gmail.com

Güler R, İlyas B. Maksiller sinüsü kaplayan büyük glandüler odontojenik kist. ENTcase. 2019;5(4):191-198

Radyografda unioluküler veya multiloküler radyopak sınırları sahip içerisi homojen radyolüsent şekilde görüntü verirler.[5] Klinik ve mikroskopik olarak birçok patolojik kitleyle benzerlik gösterdiklerinden teşhisleri oldukça zordur. Sıklıkla lateral periodontal kist, dentigeröz kist, radiküler kist ve mukoepidermoid karsinom ile benzerlik gösterirler.[5] Yüksek rekürrens oranına sahip olduklarından uzun dönem klinik ve radyolojik takipleri oldukça önemlidir.

Bu olgu raporunda sol maxilla posteriorda lokalize maksiller sinüsü kaplayan glandüler odontojenik kistin teşhis ve tedavisi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

30 yaşındaki kadın hasta, sol maksiller posterior bölgede ağrı ve şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta sistemik olarak sağlık olup düzenli kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. Rutin klinik ve radyolojik muayenede muayenesinde; sol maksiller ikinci premolar, sol mandibular ikinci premolar ve sağ mandibular bir ve ikinci molar dişlerinde çürük izlendi. Bunlar dışında sol maksiller birinci molar dişinin kanal tedavisinin eksik yapıldığı, ikinci molar dişte ise köklere kadar ilerlemiş derin diş çürüğü görüldü. (Resim 1) Ekstaoral muayenede sol maksiller posterior bölgede oluşan ekspansiyona bağlı fasiyal asimetri görüldü.



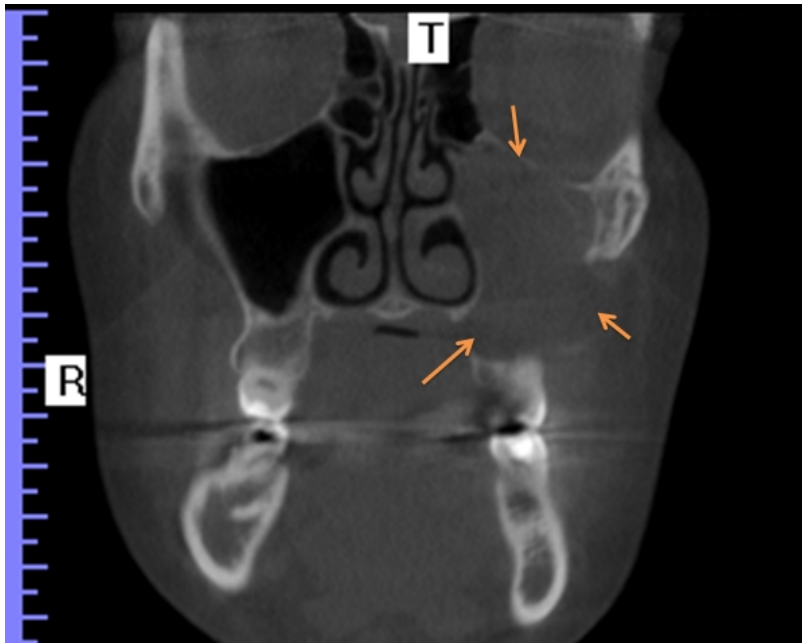
Şekil 1 : Olgunun preoperatif panoramik radyografisi

Hastadan alınan panoramik radyografide, sol maksiller posterior bölgede bir ve ikinci molarların apeksinde düzenli sklerotik sınırları olan, içi homojen radyolüsent görüntü veren bir alan izlendi (Şekil 1). Klinik muayenede; palpasyonda ağrı, şişlik, ekspansiyon, vestibül sulkusta sığlaşma vardı. Mukoza normal renginde ve sağlıklı idi. Ön tam amacıyla ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Aspirasyon sırasında enfekte kistik sıvı gelmesi kitlenin kistik bir patoloji olduğunu doğruladı. (Şekil 2)

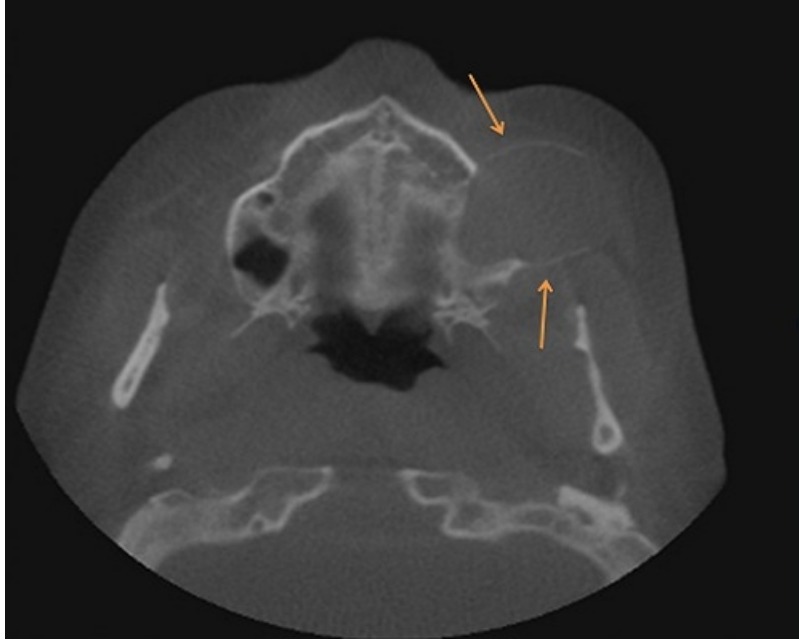


Şekil 2 : Ön tanı amacıyla yapılan ince iğne aspirayon biyopsisi

Kitle sınırlarının ve komşu anatomik yapıları ile ilişkisinin detaylı incelenmesi amacıyla hastadan konik ışınli bilgisayarlı tomografi (CBCT) alındı. Tomografik kesitlerde sol maksilla posterior bölgede radyolüsent görüntü veren, maksiller sinüsü tamamen kaplayan, bukkal korteksi inceltip belirgin ekspanzif büyüme gösteren patolojik kitle izlendi.(Şekil 3,4) Hasta sol maksiller birinci molar ve birinci premolar dişinin kanal tedavisinin yapılması için Endodonti kliniğine yönlendirildi. Hastadan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra lokal anestezi altında radiküler kist ön tanıli patolojik kitlenin enükleasyonu için ameliyata alındı.

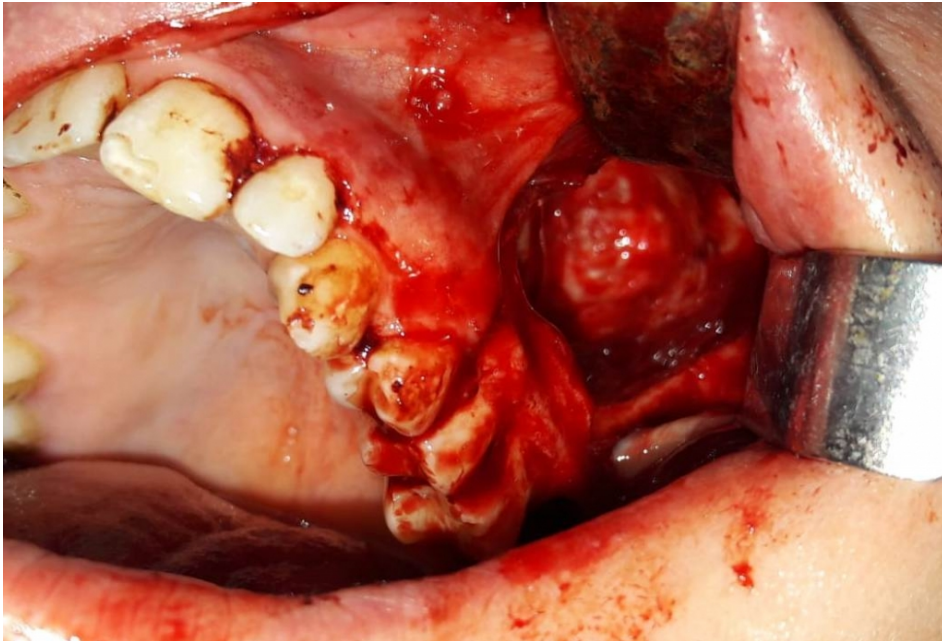


Şekil 3 : Olguya ait kitlenin preoperatif üç boyutlu bilgisayarlı tomografideki koronal kesit görüntüsü



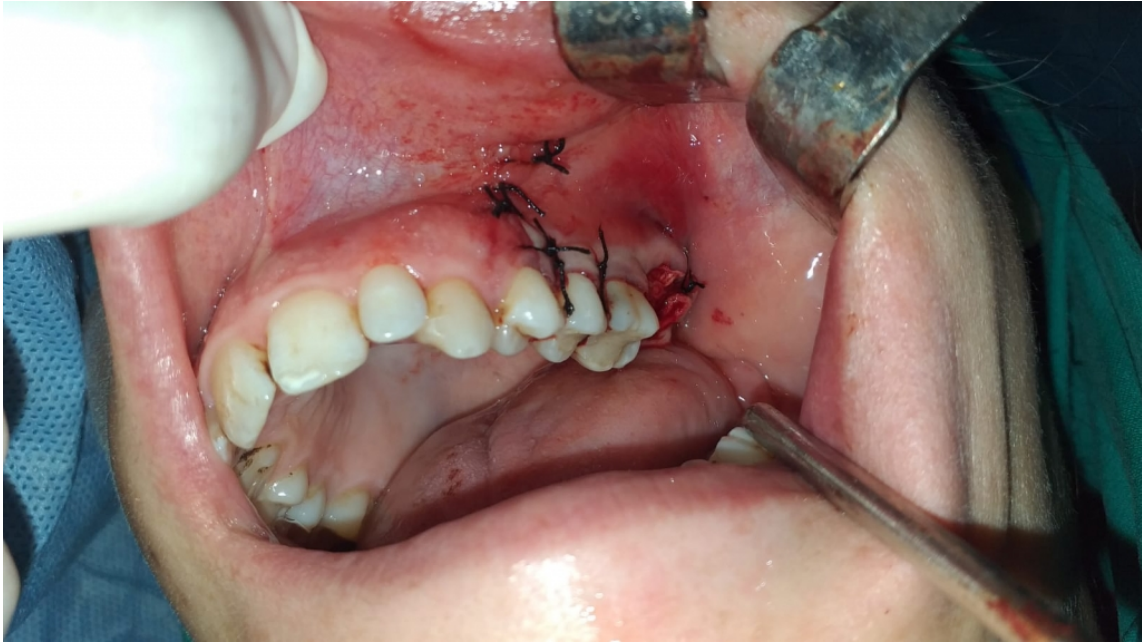
Şekil 4 : Olguya ait kitlenin preoperatif üç boyutlu bilgisayarlı tomografideki transvers kesit görüntüsü

Lokal anestezi (Ultracain D-S forte ampul 2ml) enjeksiyonundan sonra ilk olarak sol maksiller ikinci molar dişin çekimi yapıldı. Ardından insizyon yapılarak mukoperiosteal flep kaldırıldı. Bukkal kemikte incelmeye ve perforasyonlar mevcut idi. Kalın epitelyal kapsülü bulunan kitleye ulaşılarak tümüyle enükle edildi.(Şekil 5)



Şekil 5 : Kitlenin eksizyonu sonrası olgunun intraoral görüntüsü

Kist boşluğunun irrigasyonu yapıp bölgeye postoperatif enfeksiyonu önlemek amacıyla %0,2'lik Nitrofurazon emdirilmiş ekstrafor yerleştirildi. Yara bölgesi 3/0 ipek sütürler ile primer kapatıldı.(Şekil 6)



Şekil 6 : Kist kavitesine %0,2'lik Nitrofurazon emdirilmiş ekstrafor yerleştirdikten sonra ağız içi görüntüsü

Hastaya postoperatif antibiyotik, analjezik ve ağız gargarası reçete edildi. Hastanın 3.gün kontrolünde ekstrafor yara bölgesinden çıkarıldı. 8. gün süturları alınan hastada postoperatif olarak iyileşmede problem izlenmedi. (Şekil 7) Postoperatif üçüncü ayda alınan panoramik radyografide yeni kemik oluşumu başladığı izlendi.(Şekil 8) Hastanın postoperatif takipleri devam etmektedir.



Şekil 7 : Hastanın postoperatif hafta ağız içi görünümü (1.hafta)



Şekil 8 : Hastanın postoperatif panoramik radyografı (3.ay)

En büyüğü 6*2*0,1, en küçüğü 0,3*0,1*0,1 boyutlarında gri-pembe renkte olan toplam 6 doku parçası histopatolojik inceleme için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na gönderildi.(Şekil 9) Histopatolojik incelemede, kist epitelinin iç yüzeyinin nonkeratinize çok katlı skuamoz epitel ile döşeli olduğu görüldü. Bunun yanında yer yer glandüler ve goblet hücreleri izlenmiş olan kitleye glandüler odontojenik kist tanısı konuldu.



Şekil 9 : Eksize edilen kitlenin görünümü

Tartışma

Glandüler odontojenik kist (sialodontojenik kist) çenelerin nadir görülen kistlerinden birisidir. Görülme sıklığı %0.012-1.3 olarak rapor bildirilmiştir.[1] 4 ve 5. Dekatlarda daha sık ortaya çıkmakla birlikte, erkeklerde görülme sıklığı kadınlardan biraz daha fazladır.[4] Mandibulada görülme sıklıkları maksillaya oranla daha yüksektir.

Radyolojik olarak uniloküler veya multiloküler sıklıkla iyi sınırlı radyolüsent görüntü verirler. Burada sunduğumuz olguda, iyi sınırlı ve uniloküler radyolüsent izlenen büyük boyutta glandüler odontojenik kist vakası idi. Uniloküler radyolüsent görüntü veren kitleler sıklıkla periapikal kist, lateral periodontal kist, dentigeröz kist ve keratokistler ile karışabilmektedir.[6] Bizim olgumuzda radyolojik ve klinik bulgular ışığında radiküler kist ön tanısı koyulmuştur.

Literatürde olguların çoğunda (%67) ekspansiyon ile birlikte, kortikal kemikte incelme, erozyon veya perforasyon görülmüştür.[7] Bununla birlikte ekspansiyonun görülmediği olgular da rapor edilmiştir.[8] Bu olgu sunumunda klinik muayenede kortikal kemikte ekspansiyon vardı. Bununla birlikte operasyon sırasında kemikte yer yer incelme ve perforasyonlar olduğu izlenmiştir.

GOK'nin boyutları 0,5-12 cm arasında değişebilir.[5] Boyutunun, agresifliği ve nüks eğilimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.[9] GOK'nin histolojik özellikleri Gardner ve ark. tarafından, "değişen kalınlıklarda, sıralı skuamoz yassı epitelle döşeli, düz bir ara yüz ve yüzeyel küboidal eozinofilik hücreler" şeklinde tanımlanmıştır.[2] Bazen yüzeyinde silia şeklinde papiller konfigürasyonla birlikte görülen GOK, bazı olgularda epitel içinde müsikarmin pozitif materyal gölcükleri ve yüzeyel katmanlarda müköz hücrelerle de görülebilir.

GOK'nin ayırıcı tanısında dentigeröz kist, müköz metaplazi gösteren radiküler kist, "botryoid" kist, lateral periodontal kist ve düşük dereceli mukoepidermoid karsinom değerlendirilmelidir.[10] Magnusson ve ark.[11] rapor ettikleri bir çalışmada düşük dereceli santral mukoepidermoid karsinomanın ayırıcı tanısında en önemli patolojinin glandüler odontojenik kist olduğunu bildirmişlerdir. Waldron ve ark.[12] ise bu birbirine benzeyen iki patolojinin arasındaki histolojik farklılığı epitelyum proliferasyonunun derecesi olarak bildirmişlerdir.

Glandüler odontojenik kistin cerrahi tedavisi hakkında farklı görüşler mevcuttur. Hussan ve ark.[13] bu patolojilerin tedavisinde lokal blok eksizyon ve primer rekonstrüksiyon gerekliliği rapor etmiştir. Bunun yanında çoğu araştırmacı glandüler odontojenik kistlerin tedavisinde enükleasyon ve küretajın yeterli olduğunu ancak nüks riski açısından uzun dönem takibin gerekliliğini savunmuşlardır. Koppang ve ark.[14] nüks oranını %21 olarak bildirmiştir. Nüks oranının yüksek olmasından dolayı araştırmacılar takip süresinin en az beş yıl gerekli olduğunu bildirmişlerdir. Bizde kendi olgumuzda tedavi seçeneği olarak enükleasyon ve küretaj tedavisini uyguladık. Kısa dönem takipte iyileşmede problem gözlenmedi. Rekürrens açısından uzun dönem takipler devam etmektedir.

Sonuç olarak glandüler odontojenik kistler nadir görülen patolojiler olmasına rağmen birçok patolojik kitle ile klinik ve radyolojik benzerliklerinden dolayı ayırıcı tanıda her zaman göz önünde bulundurulması gereklidir. Dikkatli klinik ve radyolojik muayenenin yanında doğru histopatolojik değerlendirme ve uzun dönem takip bu patolojiler için oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Van Heerden WF, Raubenheimer EJ, Turner ML. Glandular odontogenic cyst. Head Neck 1992;14(4):316-20.
2. Gardner DG, et al. The glandular odontogenic cyst: an apparent entity. J Oral Pathol 1988; 17(8):359-66
3. Ficarra G, Chou L, Panzoni E. Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst). A case report. Int J Oral Maxillofac Surg 1990;19(6):331-3.

4. Krishnamurthy A, et al. Glandular odontogenic cyst: report of two cases and review of literature. *Head Neck Pathol* 2009;3(2):153-8.
5. Kaplan I, Anavi Y, Hirshberg A. Glandular odontogenic cyst: a challenge in diagnosis and treatment. *Oral Dis* 2008;14(7):575- 81.
6. Neville BW, et al. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd edition. WB saunders. 607-8, 1995.
7. Oliveira Neto P, et al. Anterior mandibular swelling. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(2):436-41.
8. Booth D, Bouquot J. Clinico-pathologic conference: case 6. Glandular odontogenic cyst. *Head Neck Pathol* 2010;4(4):351-5.
9. Kaplan I, et al. Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(4): 435-41.
10. Cilasun U, Güzeldemir E, Bal N. Glandular odontogenic cyst: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2012;18(3):370-4
11. Magnusson B, et al. Glandular odontogenic cyst. Report of seven cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1997;26(1):26-31.
12. Waldron CA, Koh ML. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaw: report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialo-dontogenic and glandular odontogenic cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48(8): 871-7.
13. Hussain K, Edmondson HD, Browne RM. Glandular odontogenic cysts. Diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995;79(5):593- 602.
14. Koppang HS, et al. Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst): report of two cases and literature review of 45 previously reported cases. *J Oral Pathol Med*. 1998 Oct;27(9):455-62.

Sunum

Bu çalışma, 6-8 Kasım 2019 tarihinde 3rd International Health Sciences Conference (IHSC 2019) 'da sözlü bildiri olarak sunulmuştur.