

Oroantral Fistüle Neden Olan Maksiller Sinüste Radiküler Kist: Olgu Sunumu

Radicular Cyst Involving the Maxillary Sinus Causing Oroantral Fistula: Case Report

*Dr. Erol KELEŞ, *Dr. İsrail ORHAN, **Dr. Hanifi YILDIRIM, ***Dr. Funda TÜMKAYA

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi AD,

** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD,

*** Elazığ Harput Devlet Hastanesi, Elazığ

ÖZET

Odontojenik kistler maksillofasial bölgenin yaygın lezyonlarıdır. Bu kistler genel olarak etiyojilerine göre inflamatuvar ve gelişimsel olarak ikiye ayrılabilirler. Gelişimsel kistler; primordial kist, dentijeröz kist, erüpsiyon kisti ve gingival kistler olarak sınıflandırılabilir. Diğer taraftan inflamatuvar kistler ise radiküler ve lateral periodontal kistlerdir. Radiküler kist diş apeksindeki inflamasyon ve sonrasında oluşan nekroz sonucu periodontal ligament içerisindeki hücre kalıntılarında köken almaktadır. Kronik inflamatuvar sürecin zirvede olduğunu gösteren lezyon, sadece akut alevlenme dönemlerinde çigneme sırasında veya palpasyonla ağrı şeklinde semptomatik olup, yavaş seyirlidir. Radyolojik olarak diş apeksinde uniloküler radyolüseni şeklinde görünmektedir. Tedavi endodontik tedavi veya diş çekimiyle birlikte lezyonun çıkarılmasını içermektedir. Bu olgu sunumunda, maksiller üst ikinci molar dişten orijin alan, sağ maksiller sinüsü dolduran ve oroantral fistüle neden olan radiküler kist vakası sunuldu.

Anah tar S z c k ler

Radiküler kist, maksiller sinüs, oroantral fistül

ABSTRACT

Odontogenic cysts are common lesions of maxillofacial region. In terms of etiology, these cysts generally can be divided into two groups as inflammatory and developmental. The developmental cysts can be classified as primordial, dentigerous, eruption and gingival cysts. On the other hand, inflammatory cysts are radicular and lateral periodontal cysts. Radicular cyst originates from cell rests within the periodontal ligament resulting from tooth necrosis and resultant inflammation at the apex of a tooth. The lesion represents the culmination of a chronic inflammatory process, which will slowly progress and usually only symptomatic with acute exacerbation noted primarily with pain on mastication or palpation. Radiographically, it appears as a unilocular radiolucency at the apex of a tooth. Treatment involves endodontic therapy or extraction with resection of the lesion. In this article, a case of radicular cyst which originated from the upper second molar tooth and reached the right maxillary sinus through an oroantral fistula is presented.

Key words

Radicular cyst, maxillary sinus, oroantral fistula

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 15.07.2009

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 06.10.2009

≈

Yazışma Adresi

Dr. İsrail ORHAN

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,

KBB ve Baş Boyun Cerrahisi AD, Elazığ

Tel: 90. 424. 233 35 55

Faks: 90. 424. 238 76 88

E-posta: israil.orhan@mynet.com

GİRİŞ

Odontojenik kistlerden olan radiküler kistlere periapikal kist ve periodontal kist de denmektedir. Epitel artıklarından köken aldıkları düşünülür.¹ Sıklıkla 20 ile 60 yaşlar arasında görülürler. Erkeklerde kadınlara göre 3:2 oranında daha fazla karşılaşılır. Çene en sık görülen kistler olmasına rağmen, maksiller sinüsü kaplayacak kadar büyüklüğe nadiren ulaşırlar.^{1,2}

Radiküler kistler odontojenik kistler içerisinde sık karşılaşılan çenenin inflamatuvar kistleridir. Radiküler kistin muhtemel radyolojik seyri, periapikal granülo-maya benzer bir şekilde non vital bir dişin veya kalmış bir kökün apeksinde küçük bir radyolüsen lezyon olarak başlar.³ Bu kistler enfekte olmadıkça genellikle herhangi bir semptom vermezler.⁴ Bununla birlikte bu tip lezyonlar belli büyüklüklere ulaşırsa komşu dişlerde yer değiştirme, dişlerde mobilité, ekspansiyon veya bölgesel parestezi gibi bazı semptomlar verebilirler.³

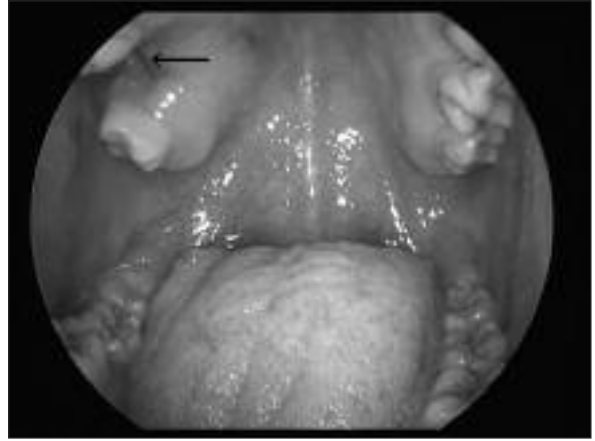
Bu olgu sunumunda, maksiler ikinci molar dişten köken alan ve sağ maksiller sinüsü dolduran bir radiküler kist olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Sağ yanak bölgesinde iki aydır devam eden ağrı şikayeti ile 29 yaşında erkek hasta kliniğimize müracaat etti. Hastada sağ yanak bölgesinde dolgunluk hissi ve bir ay önce diş çektilme sonrası başlayan, çekilen diş bölgesinden ağız içine akıntı şikayeti mevcuttu. Hastanın yapılan muayenesinde; bir ay önce çekilen sağ ikinci molar diş yerinde oroantral fistül tespit edildi (Resim 1).

Radyolojik olarak, paranasal bilgisayarlı tomografide (BT), çekilen sağ ikinci molar diş apeksinden kaynaklanan, apikale ve laterale doğru genişleyen, sağ maksiller sinüsü ekspanse eden, radyopak bir hatla sinüs boşluğundan belirgin olarak ayrılan kist ile karşılaşıldı (Resim 2).

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Caldwell-Luc operasyonu ile maksiller sinüsü tamamen dolduran, oroantral fistüle neden olan ince kemik cidarlı kist, cidarı ile birlikte rezeke edildi. Fistülün oral kaviteye açılan kısımdaki mukozal kenarları avive edilerek, bukkal mukozal ilerletme flebi ile onarıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda, lezyonun radiküler kist ile uyumlu olduğu rapor edildi.



Resim 1. Oroantral fistülün oral kavitedeki görünümü.



Resim 2. Preoperatif paranasal BT görünümü.

Operasyonu takiben dördüncü ayda hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı. Hastanın kliniğimizde kontrolleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Maksiller sinüste görülen kistler intrinsek ve ekstrinsek olarak sınıflandırılabilirler.⁵ En sık karşılaşılan maksiller sinüsün intrinsek kistleri; mukoseller ve muköz retansiyon kistleridir.⁶ Ekstrinsek kistler ise odontojenik orijinli kistlerdir. Odontojenik kistler sadece oral ve maksillofasiyal bölgeyi etkilemektedirler.⁶

Sıklıkla maksilla ön bölgesinde ortaya çıkmasına rağmen; üst kanin, premolar, molar ve nadiren de lateral dişlerden kaynaklı inflamatuvar kistler aşırı derece büyüyerek maksiller sinüsü doldurabilirler.⁵ Simon;⁷ radiküler kistleri, tabanı epitel ile döşeli, kavitesi tama-

men kapalı gerçek kistler ve tabanı epitel ile döşeli ancak bir dişin kök kanallarına açılan apikal cep kistleri olmak üzere iki kategoriye ayırmıştır. Olgumuzda kist maksiller sinüs sağ ikinci molar dişle ilişkili olduğu için apikal cep kisti olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca operasyonu takiben yapılan histopatolojik inceleme sonucu lezyon, radiküler kist ile uyumlu bulundu.

Odontojenik kistlerin maksiller sinüse yayılımları kistlerin tiplerinden çok lezyonun sinüse olan yakınlığı ile ilişkilidir. İnflamatuvar kistler simetrik ekspansiyon gösterirler ve kemiğin zayıf olduğu alanlardan sinüs gibi boşluklara kolayca yayılabilirler. Bu nedenle çoğu zaman sinüs boşluğunu tamamen doldurana kadar fasiyal asimetriye yol açmazlar ve geç teşhis edilebilirler. Dolayısıyla maksiller sinüs, odontojenik kist ve tümörlerin kolayca ulaşabildiği potansiyel bir boşluktur.^{8,9}

Maksilladaki kistlerin teşhisinde Waters ve panoramik grafiler genellikle yeterlidir. Kistler kemik içerisinde iken radyolüsen olarak görülmelerine rağmen maksiller sinüsün içerisine yayıldıkları zaman kist sıvısının sinüs havasından daha yoğun olması nedeniyle radyopak görüntü verebilirler.⁵ Kistlerin radyolojik olarak teşhisi nispeten kolay olmasına karşın, özellikle maksiller sinüsü dolduran patolojilerin teşhisi ve bu patolojilerin büyüklüğünün tespitinde konvansiyonel radyografik yöntemler yetersiz kalmaktadır. Bununla birlikte BT ile kistler; solid tümörler veya fibroosseöz lezyonlar gibi çeşitli patolojilerden kolayca ayırt edilebilir.¹⁰ Özellikle; retansiyon psödokistler, odontojenik kistlerle benzer görünüm vermesine rağmen etrafında bir korteks olmaması ile ayrılabilirler.¹⁰ Olgumuzda konvansiyonel radyografiler ile maksiller bölgedeki lezyonun sınırları tam olarak tespit edilememiş, bu yüzden BT çekilerek tam desteklenmiştir.

Odontojenik kistlerin ayırıcı tanısı benign retansiyon kistleri, malign tümörler, santral dev hücreli repe-

ratif granülomalar, fibröz displazi, ameloblastoma ve miksuma arasında yapılabilir. Bu lezyonlar odontojenik kistlerden klinik ve radyolojik görünümleri, lokalizasyonları yardımıyla ayrılabilirlerse de kesin tanı ancak histopatolojik tetkik sonucu konulabilir.^{5,10}

Birçok yazar kök kanal terapisinden sonra radiküler kistlerin büyük bir kısmının iyileşeceği görüşündedir. Hatta bu başarı çoğu yazar tarafından %85-90 olarak bildirilmiştir.^{2,11} Fakat, tedavi sırasında herhangi bir apikal lezyonun histolojik durumu tam olarak bilinmemekte ve başarılı-başarısız olgular ayırt edilememektedir. Çoğu yazar, 1cm'den küçük lezyonlarda konvansiyonel endodontik tedaviyi tavsiye etmekte ve konvansiyonel endodontik tedaviyi takiben iyileşmenin değerlendirilmesi için en az bir yıl beklenmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bu sürenin sonunda iyileşme görülmediği takdirde ise cerrahiye başvurulması gerektiğini savunmaktadırlar.¹²

Maksiller sinüse uzanım göstermiş odontojenik kistlerin tedavisi için ise en iyi yaklaşım Caldwell-luc operasyonudur. Bununla birlikte bazı yazarlar kistik lezyonlardan, 3 cm'den küçük olanların epiteliyle birlikte tamamen çıkarılmasını önermekteyken 3 cm'den büyük lezyonlar için marsupiyalizasyon önermektedirler.^{5,13} Olgumuzdaki kist kavitesi enfekte olduğu ve ileri derecede ağrıya sebep olduğu için kist kapsülüyle birlikte çıkarılmıştır. Radiküler kistler yaygın olarak non-keratinize skuamöz epitel ile döşelidir.^{2,3} Bizim vakamızda da patoloji sonucu kist kapsülünün skuamöz epitel ile döşeli olduğu şeklinde rapor edildi.

Odontojenik kistlerin asemptomatik gelişimi sırasında sebep oldukları kemik kayıplarının yanı sıra kist epitelinin ameloblastik proliferasyon gösterebilmesi ve malign dönüşüm riski nedeniyle erken teşhis ve tedavisinin önem kazandığını unutmamak gerektiğini düşünüyoruz.

REFERENCES

1. Baer ST, Drysdale A, Moore-Gillon V. Giant radicular cyst in the maxillary antrum presenting with chronic epiphora. *J Laryngol Otol* 1988;102 (4):365-7.
2. Aslan M, Kaya G, Dayı E, Yolcu Ü, Aras M.H. Maksiller sinüsü kaplayan büyük bir radiküler kist. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2007;17(2):34-7.
3. Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Pugliesi DM. Conservative treatment of a radicular cyst in a 5-year-old child: a case report. *Int J Paediatr Dent* 2003;13(6):447-50.
4. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiographics* 1999;19(5):1107-24.
5. Dolanmaz D, Tuncer N. Maksiller sinüste odontojenik kist: Beş vaka raporu. *Türkiye Klin Diş Hek Derg* 1998;4(2): 130-34.
6. Miles DA, Glass BJ, Langlais RP. Cyst of the maxillary antrum. Report of an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;57(2):225-9.

7. Simon JH. Incidence of periapical cysts in relation to the root canal. J Endod 1980;6(11):845-8.
8. White S.C, Pharoah M.J. Dental Radiography. In: White S.C, Pharoah M.J, eds. Oral Radiology - Principles and Interpretation. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2000. p. 589-90.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral&maxillofacial pathology. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, eds. Oral oncology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 589-93.
10. Büyükkurt M.C, Aras M.H, Yolcu Ü, Yavuz M.S, Ayrancı F. Maksiller sinüste geniş hacimli radiküler kist. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2008;18(1):33-6.
11. 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): 942-8.
12. Rees JS. Conservative management of a large maxillary cyst. International Endodontic Journal 1997;30(1):64-7.
13. Bhaskar SN. Nonsurgical resolution of radicular cysts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972;34(3):458-68.