

Masif Maksiller Sinüs Radiküler Kisti: Olgu Sunumu

A Massive Radicular Cyst of Maxillary Sinus: Case Report

Dr. Leyla KANSU, Dr. Erdiç AYDIN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi AD, Ankara

ÖZET

Kistler, epitel ile döşeli ve bağ dokusu kapsülü ile çevrili merkezden çevreye genişleyerek büyüyen patolojik oluşumlardır. Sıvı veya yarı sıvı kıvamda bir materyal ile dolu olabilir. Radiküler kist veya apikal periodontal kist, inflamasyon sonucu periodontal ligamentin epitelyal kalıntılarından oluşur. Radiküler kistler yavaş büyürler. Genellikle ikincil bir enfeksiyon gelişmedikçe semptom vermezler. Büyük radiküler kistlere nadiren rastlanır ve mukosel, odontojenik keratokist veya dentigeröz kist gibi kemik destrüksiyonu yapan patolojiler ile sıklıkla karışırlar. Tedavisinde kistin boyutu, genişliği ve lokalizasyonuna göre marsüpiyalizasyon, enükleasyon veya iki tekniğin kombinasyonu yapılır. Bu çalışmada, 33 yaşında yüzün sağ tarafında ağrısız şişlik şikayeti ile başvuran, sağ maksiller sinüs ön duvarını erode edip cilt altına uzanan radiküler kist olgusu sunulmuş ve maksiller sinüs kitlelerinin ayırıcı tanısı ve tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Maksiller sinüs; radiküler kist; mukosel

ABSTRACT

Cysts are pathologic lesions with an epithelial lining encapsulated by connective tissue. They contain liquid or semi-liquid material and enlarge from center to periphery. Radicular cysts or apical periodontal cysts originate from epithelial remnants of the periodontal ligament as a result of inflammation. Radicular cysts expand very slowly. Generally, they are asymptomatic unless acute inflammatory exacerbation is present. Large radicular cysts are rarely seen, differential diagnosis with other bone destructing lesions such as mucocel, odontogenic ceratocysts and dentigerous cysts should be done. Radicular cysts are treated with marsupialization, enucleation or a combination of both techniques, according to the size and location of the cyst. In this article, a case of 33-year-old male patient with the main complaint of painless swelling in the right side of face is presented who had a radicular cyst that that eroded the anterior wall of right maxillary sinus and approached the skin; and the differential diagnosis and the treatment of maxillary sinus cysts are reviewed.

Keywords

Maxillary sinus; radicular cyst; mucocel

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **05.03.2010**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **25.08.2010**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Leyla KANSU

Başkent Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi

Saray Mah. Alanya-Antalya

Tel: (0242) 511 25 11/4031

Cep: 0 532 602 63 73

E-posta: leylakansu@hotmail.com

GİRİŞ

Kistler, epitel ile döşeli ve bağ dokusu kapsülü ile çevrili merkezden çevreye genişleyerek büyüyen patolojik oluşumlardır. Sıvı veya yarı sıvı kıvamda bir materyal ile dolu olabilir. Embriyonal gelişimden veya epiteliyal yanlış farklılaşmadan geriye kalan epitel dokusundan oluşabilecekleri gibi enfeksiyon veya travmaya bağlı iritasyon sonucunda da oluşabilirler.¹

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1992 yılında, maksilla ve mandibulada görülen epiteliyal kistleri sınıflamıştır:² Radiküler kist veya apikal periodontal kist, diş kökünün dibinde veya lateralinde alttan 1/3'lük kısmında görülen kistlerdir. Periodontal ligamentte kalan odontojenik epitelten kaynaklanır. Apikal bölgedeki inflamatuvar olayların, periapikal granülomların apeks bölgesinde bulunan Malassez epitel artıklarının stimüle ederek kist oluşumuna yol açması ile oluşurlar. Bölgeye gelen travma ve tedavi edilmemiş çürükler sıklıkla etkindir.³⁻⁶

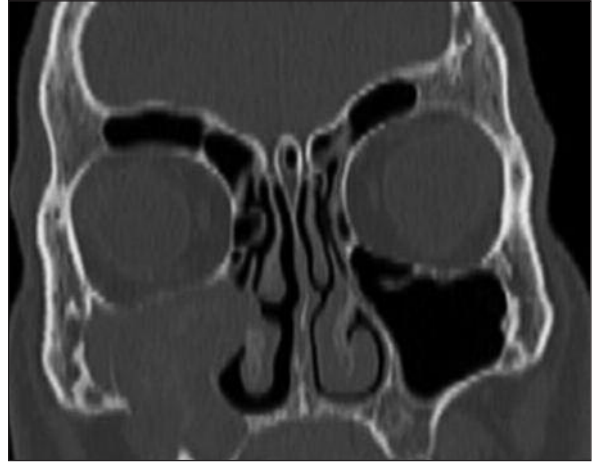
Bu çalışmada, 33 yaşında yüzün sağ tarafında ağrısız şişlik şikayeti ile başvuran, sağ maksiller sinüs ön duvarını erode edip cilt altına uzanan radiküler kist olgusu sunulmuş ve maksiller sinüs kitlelerinin ayırıcı tanımı ve tedavisi tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

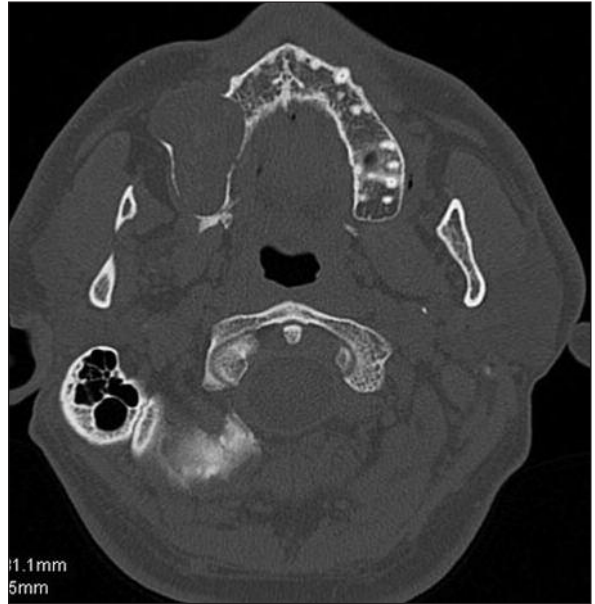
Otuz üç yaşında erkek hasta yaklaşık beş aydır, sağ maksiller bölgede yavaş gelişen şişlik şikayeti ile Kulak Burun Boğaz polikliniğine müracaat etti. Burun tıkanıklığı, burun akıntısı, burun kanaması şikayetleri yoktu. Travma öyküsü yoktu.

Hastanın yapılan klinik muayenesinde sağ yanak bölgesinde hafif şişlik mevcuttu. Oral hijyeni iyi idi. Sistemik hastalık öyküsü yoktu. Çekilen paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde sağ maksiller sinüsü dolduran ve sinüste genişlemeye yol açan, maksiller sinüsün ön duvarını erode edip cilt altına uzanım gösteren mukosel ile uyumlu düzgün konturlu kistik kitle saptandı. (Resim 1, 2). Kistin çıkarılması planlandı.

Hasta genel anestezi altında operasyona alınarak, sağ gingiva bukkal sulkusun yaklaşık 0.5 cm üzerinden (cerrahi bitiminde dikiş koymayı kolaylaştırmak için) insizyon yapıldı. Kist maksiller sinüsün ön kemik du-



Resim 1. Kistin operasyon öncesi paranasal sinüs koronal bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



Resim 2. Kistin operasyon öncesi paranasal sinüs aksiyel bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

varını yaklaşık 3 x 2.5 cm boyutunda erode edip cilt altına ekspansive olmuştu (Resim 3). İnferiorda birinci ve ikinci premolar diş kökleri arasına uzanıyordu. Kist kapsülü maksiller sinüs içinden soyularak çıkartıldı (Resim 4). Diş kökleri küret yardımı ile temizlendi. Hastalıklı tüm dokuların çıkarılmasına özen gösterildi. İnsizyon primer olarak kapatıldı. Mukosel ön tanısı düşünüldüğünden endoskopik yöntemle sağ uncinat proces rezek edilerek maksiller sinüs ostiumu genişletildi.

Kisti yapılan histopatolojik incelemesinde odontojenik kökenli radiküler kist ile uyumlu olduğu rapor edildi.

Hasta diş hekimine yönlendirildi. Yapılan vitalometre testinde sağ üst birinci ve ikinci premolar dişler ile birinci molar dişte devital cevap elde edildi. Çekilen panoramik grafide birinci premolar dişte çürük saptandı (Resim 5). Hastanın devital dişlerine kanal tedavisi uygulandı.

Postoperatif dönemde yapılan bir yıllık takipte herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmadı.

TARTIŞMA

Maksiller sinüs kitleleri malign tümörler olabileceği gibi polip, osteom, kondrom, schwannom, nörofibrom gibi benign tümörler veya kistler olabilir. Maksiller sinüste görülen kistler intrinsek ve ekstrinsek olarak sınıflandırılabilir. İntrensek kistlerin en sık rastlanılanları mukoseller ve mukus retansiyon kistleridir. Ekstresek kistler ise genellikle odontojenik kaynaklıdır. Bunlardan da en yaygın olanları odontojenik keratokist, dentigeröz kist ve radiküler kistlerdir.⁷

Maksiller sinüste görülen en yaygın kistik lezyon retansiyon kistleri olup maksiller sinüs görüntülemesi yapılan popülasyonun %9'unda saptanmaktadır.⁸ Çoğunlukla sinüs tabanında yerleşen, yuvarlak şekilli, berrak sarı renkli sıvı içeren ve kemik destrüksiyonu yapmayan kistlerdir.⁸ İkinci sıklıkla görülen kistik lezyon ise mukosel olup sinüs ostiumunun tıkanması sonucu sinüs içinde sekresyonun birikmesi ile oluşur. Mukosel zamanla sinüs kavitesinin ekspansiyonuna ve kemik duvarın erimesine neden olarak özellikle periorbital bölgedeki vital oluşumlara zarar verebilir.^{8,9}

En yaygın odontojenik kist ise radiküler kistdir.³ Yavaş büyürler. Genellikle ikincil bir enfeksiyon gelişmedikçe semptom vermezler ve nadiren dişin yerini değiştirecek veya kemiği genişletip erode edebilecek boyutlara ulaşırlar.⁴

Büyük radiküler kistlere nadiren rastlanır ve mukosel, odontojenik keratokist veya dentigeröz kist gibi kemik destrüksiyonu yapan patolojileri düşündürür.¹⁰ Bizim vakamızda radiküler kist maksiller sinüsü tamamen doldurmuş, hatta alıılmadık şekilde sinüs ön duvarını erode etmişti.

Maksiller sinüs patolojilerinin tanısında en yardımcı görüntüleme tekniği BT'dir. Kontrastlı veya kontrastsız çekilen BT ile solid veya kistik lezyonlar kolaylıkla ayırt edilebilir. Ayrıca BT kemikteki ekspansiyonu, destrüksiyonu veya dışa yayılımı belirlemede çok yardımcıdır.^{9,11}



Resim 3. Kistin maksiler sinüs ön duvarından cilt altına uzanımı.



Resim 4. Maksiler sinüs ön duvar erozyonu.



Resim 5. Hastanın kanal tedavisi öncesi panoramik grafisi.

Radiküler kistlerin tedavisinde marsüpiyalizasyon, enükleasyon veya iki tekniğin kombinasyonu yapılmaktadır.⁴ Tedavi yöntemleri belirlenirken kistin boyutu, genişliği, lokalizasyonu, hastanın yaşı, primer veya rekürren oluşu göz önünde bulundurulmalıdır.¹²

Marsüpiyalizasyon, kist kavitesinde yaklaşık 1 cm boyutunda pencere açılarak kist içeriğinin boşaltılması ve kist kavitesi iyileşene kadar bu pencerenin kapatılmaması esasına dayanır. Özellikle genç erişkinlerde, kistin büyük olduğu veya anatomik yapılara yakın olduğu durumlarda enükleasyondan önce kisti küçültmek amacı ile uygulanabilir.¹² Marsüpiyalizasyon, kaviyeyi irige edebilecek ve kontrollerine düzenli gelebilecek kope hastalara yapılmalıdır.

Fakat bu tedavinin uzun sürmesi, iki aşamalı bir cerrahi tedavi gerektirmesi ve en önemlisi marsupiyalizasyonun majör dezavantajı olan kist epitelinin insitu karsinoma prolifer olma riski gibi dezavantajları olduğu unutulmamalıdır.^{13,14}

Enükleasyon, kistin bulunduğu yerden bütünü ile çıkartılması anlamına gelir. Kist enükleasyonu planla-

nan hastalarda, rekürrens oranını azaltmak için bölgenin iyice temizlendiğinden emin olunması gerekir.¹² Radiküler kistlerin yetersiz tedavi edilmesi sonucu rezidüel kist görülme sıklığı %20 oranındadır.¹¹

Radiküler kistlerde, nüks olasılığını azaltmak için mutlaka enfekte dişlerin tedavisinin de yapılması gerekir. Bizim hastamızda enfeksiyon kaynağı olduğu düşünülen dişlere gerekli tedavi yapılmıştır.

SONUÇ

Maksiller sinüs kitleleri kulak burun boğaz hekimlerinin çok sık rastladığı patolojilerdir. Genellikle sinüsün primer hastalıkları düşünülse de ayırıcı tanıda komşu yapıların lezyonları da göz önüne alınıp tedavi planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ünür M, Onur ÖD. Çene kistleri. Ünür M, Onur ÖD, editörler. Ağız hastalıklarının teşhis ve tedavisi. 1. Baskı. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2003. s. 64-74.
2. Kunt T, Öztürkcan S, Müderris S, Yılmaz D. Mandibulada bilateral dev odontojenik keratokist ve obliteratif cerrahi yaklaşım. CÜ Diş Hek Fak Derg 1998;1(1):36-8.
3. Aybar B, Öner B, Durak H. Investigation of the level of interferon- γ and interleukin-1 α and inducible nitric oxide synthase-production in human radicular cysts. T Klin J Dental Sci 2007;13(1):6-11.
4. Delbem ACB, Cunha RF, Vieira AEM, Pugliesi DMC. Conservative treatment of a radicular cyst in a 5-year-old child: a case report. Int J Pediatr Dent 2003;13(6):447-50.
5. Mohamad I, Husin AM, Rahman RA, Rahman SA. Big radicular cyst in a 12 year-old: a case report. Int Med J 2007;6(1):329-32.
6. Cheesman AD, Jani P. Cysts, granulomas and tumours of the jaws, nose and sinuses. In: Kerr AG, ed. Scott- Brown's Otolaryngol. 6th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997. p.11-2.
7. Dolanmaz D, Tuncer N. Odontogenic cyst involving maxillary sinus: report of five cases. T Klin J Dental Sci 1998;4(3):130-4.
8. Caylaklı F, Yavuz H, Cagici, Ozluoglu LN. Endoscopic sinus surgery for maxillary sinus mucocoeles. Head Face Med 2006;2:29-33.
9. Han MH, Chang KH, Lee CH, Na DG, Yeon KM, Han MC. Cystic expansile masses of the maxilla: Differential diagnosis with CT and MR. Am J Neuroradiol 1995;16(2):333-8.
10. Büyükkurt MC, Yolcu Ü, Aras MH, Yavuz MS, Ayrancı F. Maksiller sinüste geniş hacimli radiküler kist: vaka raporu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2008;18(1):33-6.
11. Ağır H, Şen C, Işıl E, Ünal Ç, Üstündağ E, Keskin G. Çenenin odontojenik ve odontojenik olmayan kistleri: 25 olguda deneyimlerimiz. Kulak Burun Boğaz İhtis Derg 2008;18(3): 157-65.
12. Kocakahyaoğlu B, Çetiner S. Odontojenik keratokistlerin tanımı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. GÜ Diş Hek Fak Derg 2007;24(2):119-23.
13. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2002;62(1):25-9.
14. Ertas U, Yavuz MS. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. J Oral Maxillofac Surg 2003;61(6):728-30.