

# Mandibular Aneurizmal Kemik Kisti

## Aneurysmal Bone Cyst of the Mandible

Dr. Dilek ŞENEN, Dr. Gökhan ADANALI, Dr. Asuman SEVİN, Dr. Dicle İBRAHİMOĞLU, Dr. Erkan ORHAN,  
Dr. Bülent ERDOĞAN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği

### ÖZET

Aneurizmal kemik kisti çoğunlukla uzun kemikleri ve vertebraları tutar. Yüz kemiklerinin tutulumu nadirdir. Yüz kemikleri tutulumunda en sık mandibula, ikinci sıklıkta maksilla etkilenir. Aneurizmal kemik kisti genellikle 1.-2. dekada görülür ve en sık şikayetler ağrı, parestezi, trismus, palpabl lenf nodları, ateş, egzozftalmustur. Tedavide sıklıkla küretaj yapılır. Blok rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, terapötik embolizasyon yapılabilir. Uzun kemiklerde rekürrens oranı %20-60'tır, çenede rekürrens nadirdir.

### Anahtar Sözcükler

Mandibuler kemik kisti, aneurizmal kemik kisti, küretaj

### ABSTRACT

Aneurysmal bone cyst is found usually in long bones and spine and is rarely seen in facial bones. Aneurysmal bone cyst most commonly affects mandible in face and maxilla secondly. It is usually seen in first and second decades and the symptoms are pain, paresthesia, trismus, palpable lymph nodes, fever and exoftalmus. Curettage is the most frequently employed treatment modality. Other treatment options are bloc resection and reconstruction, therapeutic embolisation. Recurrence rate is 20-60% in long bones however recurrence is rare in jaw bones.

### Keywords

Mandibular bone cyst, aneurysmal bone cyst, curettage

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 16.03.2006 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 21.05.2006

Yazışma Adresi

Dr. Dilek ŞENEN

Esentepe Mahallesi, Esentepe Sokak, Esen Apt. 10/5 Yenimahalle/ANKARA  
Tel: 0312 344 37 94, E posta: dilekseney@yahoo.com

## GİRİŞ

**A**nevrizmal kemik kisti (AKK), nadir görülen bir kemik lezyonudur, uzun kemikleri ve vertebraları etkiler. AKK, nadiren yüz kemiklerinde görülmektedir. En sık etkilenen yüz kemikleri mandibula ve maksilladır (1,2,3). Hastalığın klinik bulguları hafif seyretmektedir, çoğunlukla yavaş büyüğünden fasial asimetri nedeniyle farkedilir (1-3).

## OLGU SUNUMU

Kliniğimize; 25 yaşında, 7 aylık hamile hasta, çenede ağrı, hassasiyet ve lezyonun olduğu bölgede ısı artışı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede; kitlenin sert, ağrılı, sağ korpus mandibula bölgesi anteriorundan başlayıp sol korpus mandibula bölgesine uzandığı, mandibulayı tamamen ekspande ettiği, kitlenin intraoral bölgede mukoza ve alttaki dokulara yapışık olduğu gözlemlendi (Resim 1). Mentum ve sol oral komissürün inferior bölgesinde parestezi mevcuttu. Hastanın sistemik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu tesbit edilmedi. Kadın doğum kliniğinden görüş alınarak hastanın doğurmasını beklemeden cerrahi müdahale planlandı. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Lezyon kistik karakterdeydi (Resim 2). Kist kürete edildi. Postoperatif takipte hastada sorun olmadı. Histopatolojik tanı; mandibulada AKK olarak geldi (Resim 3).

Bu yazıda sunulan olgu, tedavi aşaması sonrası 3 aylık intervallerle 3 sene takip edildi. Takip süresince yapılan fizik muayene ve direkt grafilerde hastada rekürrens görülmedi.

## TARTIŞMA

AKK; ilk kez Jaffe ve Lichtenstain tarafından 1942'de uzun kemiklerin nonneoplastik lezyonlarını tanımlamak için kullanılmıştır (1,2,3). AKK, yüz kemiklerinde nadir görülmesine rağmen yüz kemiklerinden en sık mandibula, ikinci sıklıkta maksilla etkilenir. AKK, mandibulada maksillaya oranla 2.5 kat fazla görülür, mandibulanın en sık posterior bölümünü etkiler (3).

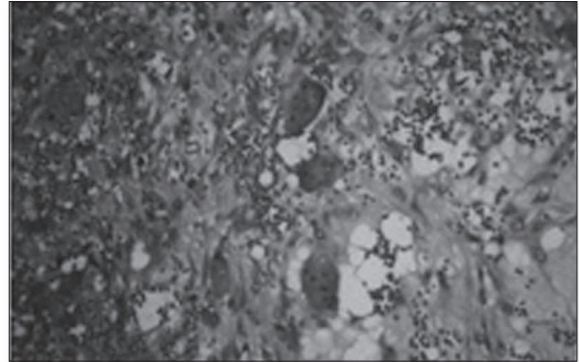
AKK; genellikle 1-2. dekadlarda görülmektedir. Kafa ve yüz kemiklerinde görülenlerde ortalama yaşı 14.3 bulunmuştur (3). AKK'lı olguların yarısında geçirilmiş travma öyküsü tespit edilmiştir (1).



Resim 1. Hastanın preoperatif görünümü



Resim 2. Hastanın direkt grafisi



Resim 3. Lezyonun histopatolojik görünümü

Hastalarda en sık görülen şikayetler; ağrı, parestezi, trismus, boyunda palpable lenf nodları, ateş ve egzoftalmustur. Kadın erkek oranı 1/1'dir (2,3).

AKK'nın fizyopatolojisi hakkında değişik görüşler mevcuttur. Jaffe; AKK'nın hemoraji ile zararlanmış başka bir kemik lezyonundan modifikasyon sonucu oluştuğunu savunmuştur. Steiner ve Kanter ise; AKK'nın primer veya sekonder bir kemik lezyonuyla birlikte olabileceğini öne sürmüşlerdir (4,5).

AKK'nın daha önceden var olan arteriovenöz malformasyonlardan orijin aldığını savunanlar vardır. Diğerleri ise; lokal dolaşım bozukluğu nedeniyle hemodinaminin değişmesini sorumlu tutmuştur (1).

AKK, primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer grup; daha önceden var olan arteriovenöz malformasyonların sorumlu tutulduğu ve çocuklarda görülen grubu oluşturur. Eşlik eden lezyon ve travma öyküsü çocuklarda yoktur. Erişkinlerde ise travma öyküsü vardır. Sekonder tip; kist, tümör, fibroosseöz lezyonun dejenerasyonu ile birliktedir (1).

Radyolojik görünümü, uniloküler ya da multiloküler olabilir. Daha sık olarak multiloküler formu görülür. Mandibulada görülen AKK'ların yarısı multiloküler, maksillada görülenlerin ise hepsi multilokülerdir.

Literatürde AKK'nın radyolojik bulgularında bir konsensus yoktur. Goaz ve White; AKK'nın osteolitik süreçlerini belirleyerek radyolojik bulguları sınıflamışlardır (6):

- Başlangıç evresinde AKK; belirgin fakat kortike olmamış litik alanlarla karakterizedir.
- Büyüme evresinde AKK; gerileyen kemik bölgelerinde destrüksiyonla karakterizedir.
- Olgunlaşma evresinde AKK; kolaylıkla görülebilen kemik ekspansiyonu, kortikasyon ve lezyon boyunca random paternde uzanan silik bir septa ile karakterizedir.

AKK mikroskopisinde; özellikle endotelyumla döşenmiş ve kan hücreleriyle dolu geniş vasküler boşluklar ve az stroma, konnektif dokuda ise; osteojenik davranış hakimiyeti izlenir. Lezyonun tedavisinde çeşitli protokolleri mevcuttur: Küretaj, blok rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, terapötik embolizasyon yapılabilir. Bernier ve Bhaskar; uzun kemiklerde AKK cerrahi müdahalesi sonrası rekürrens oranını %20–60 olarak bildirmişlerdir. Ama çenede rekürrens nadirdir (1).

## SONUÇ

AKK, oldukça nadir görülen bir kemik lezyonudur. Nadir görülmesi nedeniyle tanıyı belirlemek preoperatif dönemde güç olmaktadır. Hastadan alınan anamnez, fizik muayene bulguları, radyografi, intraoperatif bulgular tanıyı koymak için destek sağlayacaktır. Tedavide sıklıkla küretaj önerilmektedir, mandibulada rekürrens nadir olmakla birlikte eğer karşılaşırsa blok rezeksiyon ve rekonstrüksiyon yapılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Gadre KS, Zubairy RA. Aneurysmal Bone Cyst of the Mandibular Condyle: Report of a case. *J Oral Maxillofacial Surgery*. 2000; 58: 443–447.
2. Giddings NA, Kennedy T L, et al. Aneurysmal bone cyst of mandible. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*. 1989; 115: 865.
3. Kaffe I, Naor H, Calderon S, Buchner A. Radiological and Clinical Features of Aneurysmal Bone Cyst of the Jaws. *Dentomaxillofacial Radiology*. 1999; 28, 167–172.
4. Matsuura S, Tahara T, Ro T, Masumi T, Kasuya H, Yokota T. Aneurysmal Bone Cyst of the Coronoid Process of the Mandible. *Dentomaxillofacial Radiology*. 1999; 28, 324–326.
5. Struthers PJ, Shear M. Aneurysmal Bone Cyst of the Jaws. *Int Journal Oral Surgery*. 1984; 13: 92–100.
6. Goaz PW, White SC. *Oral Radiology: Principles and Interpretation*, 3rd edition. St. Louis: CV Mosby; 1994.