

MAKSİLLER SİNÜSTE SÜREKLİ KANİN DİŞİ İLE İLİŞKİLİ DENTİGERÖZ KİST

DENTIGEROUS CYST INVOLVING THE MAXILLARY SINUS ASSOCIATED WITH PERMANENT CANINE TEETH

*Esma KÜRKLÜ¹, Gökçen DURSUN², Burak ERTAŞ³,
Tuncay ULUĞ⁴, Hakkı TANYERİ⁵*

ÖZET

Dentigeröz kist apikal kistlerden sonra en sık rastlanılan, genellikle sürmemiş bir dişin kyonu ile ilişkili olan odontojenik lezyonlardır. Fasiyal asimetri ve şişlik ortaya çıkana kadar uzun süre asemptomatik olarak gelişebilen dentigeröz kistler, sebep oldukları kemik kayıplarının yanı sıra tedavi edilmeyen olgularda ilgili dişin sürmesine engel olur ve çenelerde anormal pozisyonlara iter. Dentigeröz kist nadir olarak da maksiller sinüste yerleşim gösterebilir. Bu olgu sunumunda ciddi kemik kayıplarına sebep olmuş ve maksiller sinüs içinde yer alan sürekli kanin dişi ile ilişkili dentigeröz kistin teşhisi ve ilgili dişlerin kaybedilmesini önlemek amacıyla tedavisinde izlenen marsüpiyalizasyon ve enükleasyon yöntemleri bildirilmektedir. Dentigeröz kistin epiteli ameloblastik proliferasyon göstererek ameloblastomaya ve nadir olarak malign değişim göstererek karsinoma in situ, skuamöz hücreli karsinoma, epidermoid ve mukoepidermoid karsinomaya dönüşebilir. Asemptomatik olarak gelişen ve maksiller sinüs gibi komşu anatomik bölgelere yayılım gösterebilen dentigeröz kistlerin, erken teşhisinin ve tedavisinin önemi bu olgu ile vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Maksiler sinüs, Dentigeröz kist.

ABSTRACT

Dentigerous cyst is odontogenic lesions which proceed in prevalence the apical cyst, the most frequent lesions of the jaws. It is associated with and contains the unerupted crown of a tooth. The dentigerous cyst that may expose an asymptomatic development until facial asymmetry and swelling are observed. When untreated, it causes bone loss and block the eruption of the associated tooth and displaces the tooth to abnormal positions in the jaws. Rarely it is found to be located in the maxillary sinus. In this case report, diagnosis of a dentigerous cyst which involved maxillary sinus associated with permanent canine teeth and caused significant bone loss was presented. Treatment modalities comprising marsupialization and subsequently enucleation was performed to prevent the loss of adjacent teeth. Epithelium of dentigerous cysts may show ameloblastic proliferation and transform to ameloblastoma and uncommonly show malignant changes and transform to carcinoma in situ, squamous cell carcinoma, epidermoid and mucoepidermoid carcinoma. The importance of early diagnosis and management of a dentigerous cyst that may develop asymptotically and manifest invasion to adjacent anatomical regions as maxillary sinus was emphasized.

Key Words: Maxillary sinus, Dentigerous cyst.

¹ Dr., İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

² Dr., İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

³ Dr., İ.Ü. Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴ Prof. Dr., İ.Ü. Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

⁵ Prof. Dr., İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Dentigeröz kistler apikal kistlerden sonra en sık rastlanılan, genellikle sürmemiş bir dişin kuru ile ilişkili olan odontojenik lezyonlardır. Kist epiteli, diş kurununun gelişiminden sonra kalan artık mine epitelinden kaynağını alır. Vakaların büyük bir kısmı hayatın 1., 2. ve 3. dekatlarında görülür. Cinsiyet ayırımı yapmaz. Sıklıkla mandibular üçüncü molar daha sonra maksiller üçüncü molar ve kanin dişleri etrafında yerleşim gösterirler (3, 4, 10, 13, 17, 20).

Dentigeröz kistlerin gelişerek büyüme potansiyeli vardır ancak asimetri ve şişlik ortaya çıkana kadar uzun süre asemptomatik kalabilirler. Genellikle yapılan rutin radyografik muayene sonucunda tespit edilirler ve radyografide içinde normal pozisyonu değişmiş gömülü diş kurunu içeren, uniloküler, yuvarlak, keskin sınırlı osteoliz alanları şeklinde görüntü verirler. İlgili dişin sürmesini engeller ve diş oldukça uzak bölgelere itebilirler (3, 4, 20). Dentigeröz kistler nadir olarak da maksiller sinüste yerleşim gösterebilirler (4, 11, 14, 19).

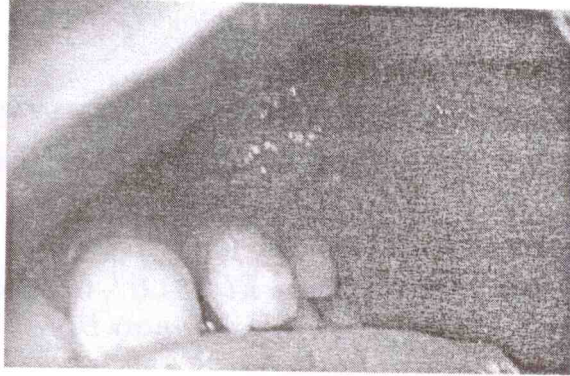
Bu olgu sunumunda geniş kemik kayıplarına sebep olmuş ve maksiller sinüs içinde yer alan sürekli kanin diş ile ilişkili dentigeröz kist bildirilmektedir.

OLGU SUNUMU

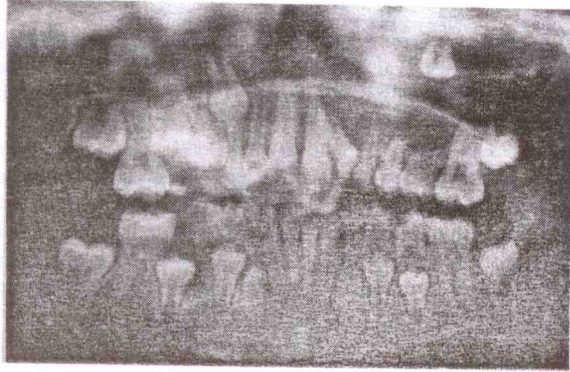
11 yaşındaki erkek hasta sol maksiller bölgede faşiyal asimetriye sebebiyet veren şişlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde şişliğin 6 aydır mevcut olduğu ve anamnezinde sistemik bir hastalığı, ilaç alerjisi, travma hikayesi ve diğer paranazal sinüslerde enfeksiyon gibi hastanın şikayetlerini açıklayacak başka bir patolojinin bulunmadığı saptandı.

Yapılan ekstraoral muayenede hastanın yüzünün sol tarafında, alt göz kapağına kadar uzanan ve intraoral muayenede sol üst lateral diştan birinci molar dişe kadar uzanan, vestibulum orisin sığlaşmasına neden olan submüköz şişlik olduğu görüldü. Sol üst süt kanin dişinin mobil olduğu ve sol üst sürekli 4 ve 5 nolu azı dişlerinin simetriğinin aksine oklüzyonda olduğu tespit edildi (Resim 1). Alınan panoramik radyografide sol üst sürekli kanin dişinin maksiller sinüs bölgesinde geniş bir radyolüsent alan içinde bulunduğu, sol lateral dişte rotasyon ile birlikte kurunun eksen eğiminin distale doğru bozulduğu, sol üst süt kanin diş kökünün rezorbe olmadığı ve sol üst 4 ile 5 nolu azı dişlerinin kök gelişiminde retardasyon ve köklerinin etrafına

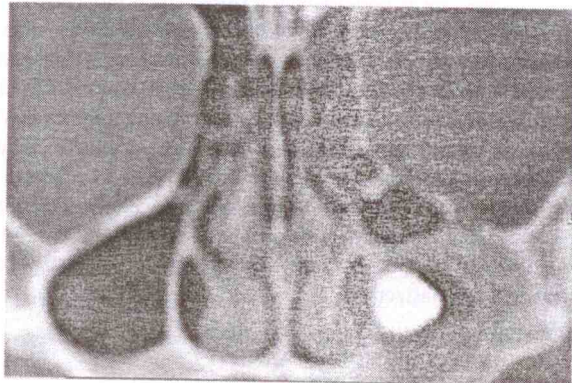
kadar kanin diş ile ilişkili radyolüsent alanın devam ettiği saptandı (Resim 2). Lezyonun ponksiyonunda sarı renkli kist sıvısı elde edildi, sıvının yapılan mikroskopik incelemesinde çok sayıda polimorf nüveli lökositler görülüp, aerob ve anaerob kültürler steril kaldı (Prot No: 176141). Bilgisayarlı tomografide sol maksiller sinüste 2,5 cm boyutlarında içinde hava imajları ve diş izlenen kistik lezyonun dentigeröz kist ile uyumlu olduğu tespit edildi (Resim 3).



Resim 1: Sol maksiller sulkusta izlenen şişlik

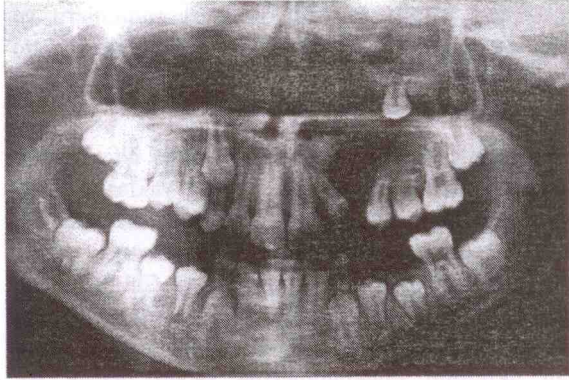


Resim 2: Teşhis için alınan ilk panoramik radyografi



Resim 3: Cerrahi girişim öncesi bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Dentigeröz kistin tedavisinde seçilecek enükleasyon yöntemi sonucunda, sol üst 4 ve 5 nolu azı dişlerinin kök gelişiminde retardasyon ve bu dişlerin kökleri etrafında mevcut olan kemik rezorpsiyonu nedeni ile kaybedileceği öngörülerek, bu dişlerinin kökleri etrafında yeterli kemik oluşumu sağlanıncaya ve kök gelişiminde ilerleme görülünceye kadar marsüpiyalizasyon yapılmasına karar verildi. Mobil olan sol üst süt kanin dişi çekildi ve çekim boşluğuna dren yerleştirildi. Hastanın dreni her hafta değiştirilerek 4 ay boyunca klinik ve radyolojik olarak takip edildi. 4 ayın sonunda küçük azı dişlerinin kökleri etrafında yeni kemik yapımı elde edildi ve kanin dişinde yaklaşık 6 mm'lik sürme hareketi saptandı (Resim 4). Kistin enükleasyonu için İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ABD ile konsültasyon yapıldı ve operasyonunbu anabilim dalına ait ameliyathanede genel anestezi altında yapılmasına karar verildi.



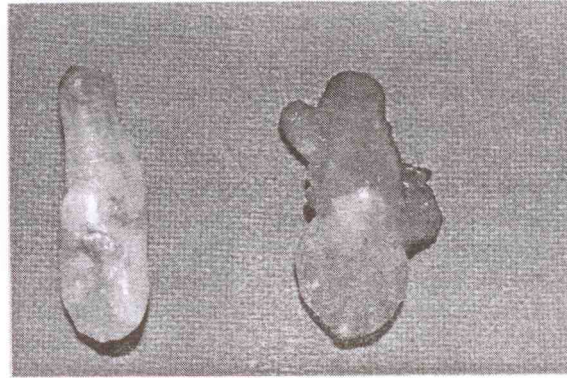
Resim 4: Marsüpiyalizasyonu takiben cerrahi girişimden önce alınan panoramik radyografi

Sol üst santral kesici dişinden 5 numaralı azı dişine kadar, yapışık dişeti korunarak üzerinden pedikülü distalde kalacak şekilde oroantral fistül ağzına kaydırılacak mukoperiostal flep insizyonu yapıldı. Tam kalınlıklı mukoperiostal flep kaldırıldığında kemik rezorpsiyon sahaları ve bu sahalarda granülasyon dokusu tespit edildi. Kist ile ilişkili sol lateral kesici dişi çekildi, bu aşamada diren boşluğu, çekilen dişin kavitesi ve kemiğin kistten dolayı en çok rezorpsiyona uğradığı yerden kaldırılan ince kemik lameli sonucunda tek bir geniş kavite halini aldığından Caldwell-Luc operasyonu yapılmadı (Resim 5). Bu kaviteden gözüken maksiller antrum içinde yerleşmiş kanin dişi alındı ve kist kavitesi kürete edildi (Resim 6). Üst alveoler arkta oluşan kemik defekti, nazal septal kartilajdan alınan kartilaj grefti ile desteklenerek, üzerine kaydırılan bukkal mukozal flep ile 3/0 katgüt ile

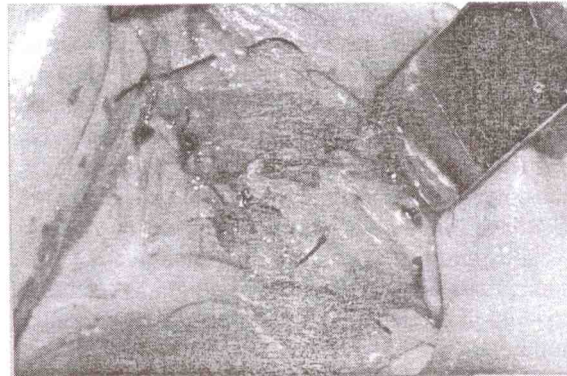
primer kapatılarak dikildi (Resim 7). Histopatolojik inceleme ile kesin tanı dentigeröz kist olarak koyuldu. Post-operatif 4 aylık dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı (Resim 8).



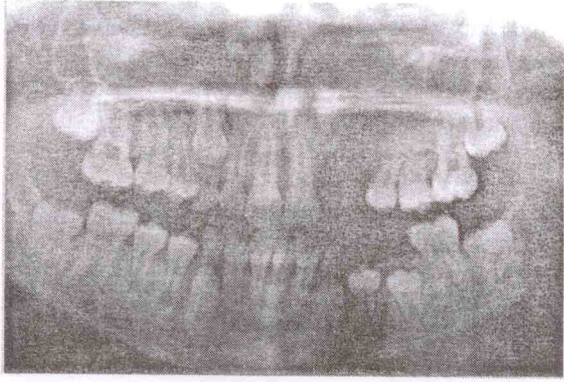
Resim 5: Enükleasyon esnasında kavitenin görünümü ve bukkalden kaydırılan mukozal flep



Resim 6: Kist ile ilişkili olan sol lateral ve kanin dişi ile etrafındaki kist epitelinin görünümü



Resim 7: Bukkalden kaydırılan flebin sütürasyonu



Resim 8: Post-operatif 4. ay panoramik radyografi görüntüsü

TARTIŞMA

Maksiller sinüs, kist veya tümörlerin büyümesine çok az direnç gösteren bir yapıya sahiptir. Literatür incelendiğinde maksiller sinüste lokalize çok sayıda dentigeröz kist, odontojenik keratokist, Gorlin'in kalsifiye ve keratinize odontojenik kisti ve radiküler kist olgularının olduğu görülmektedir (3, 5, 8, 11, 12, 14, 16, 18).

Maksiller sinüsün kistleri, antral kavitede eksternal ekspansiyon yapmaksızın gelişebildiğinden, klinik olarak belirgin hale gelmeden çok büyük boyutlara ulaşabilir (4). Asemptomatik olarak gelişen dentigeröz kistler ise kemikte sert ekspansiyon alanı meydana getirir, ilgili dişin sürmesini engeller, çevredeki dişlerin köklerinde rezorpsiyon ve diş eksen eğimlerinde bozulma gibi klinik belirtiler verebilir (13). Maksiller sinüs yerleşimli bir dentigeröz kist göz hareketlerinde kısıtlanma, enoftalmi (göz küresinin orbita içerisine doğru geriye düşmesi), diplopi (çift görme), epifora (aşırı göz yaşı salgılanması) gibi oftalmolojik ve rekürrent sinüzit, nazal obstrüksiyon, gibi nazal problemlere neden olabilir (2, 8, 10, 11, 14). Bizim olgumuzda kanin ve küçük azı dişlerinin sürme yaşları dikkate alındığında sol üst 4 ve 5 nolu azı dişlerinin kök gelişiminde görülen retardasyonun, bu dişlerin kök gelişimlerinin lezyon tarafından engellenmesi sonucunda olduğu düşünülmektedir. Marsüpiyalizasyon ile 4 ve 5 nolu azı dişlerinin kökleri etrafında yeni kemik yapımı ve bu dişlerin kök gelişiminin devam ettiği gözlemlenmiştir. Kanin dişinin sürme yaşı dikkate alındığında, bölgede lezyonun ilk belirtileri verdiği dönemde erken teşhisi yapılmıştır.

Maksiller sinüs yerleşimli dişler ve kistler konvansiyonel radyografiler ile görülebilmekte,

ancak gerçekten sinüs içinde olup olmadıkları ve konumları tam olarak belirlenememektedir. Bilgisayarlı tomografiler ile yapılan incelemeler bu dişlerin gerçek konumlarını net bir şekilde ortaya koymayı sağlamaktadır (3). Bizim olgumuzda kist lokalizasyonunun belirlenmesi için paranazal sinüslerin bilgisayarlı tomografi alınarak dentigeröz kistin intramaksiller yerleşiminin tanısı daha net olarak koyuldu. Hastanın paranazal sinüs BT'sinde sol maksiller sinüs medial duvarına lokalize diş ve maksiller sinüs antrumunun alt 2/3'ünü dolduran düzgün sınırlı diş ile birliktelik gösteren, kemik yapıda destrüksiyona yol açmayan kistik nitelikte, alveolar arka ilişkisi net seçilen kitle görüldü.

Dentigeröz kistlerin ayırıcı tanısı; benign retansiyon kistleri, santral dev hücreli reparatif granülomlar, miksoma, malign tümörler, fibröz displazi ve ünistik ameloblastoma, adenomatoid odontojenik tümör, kalsifiye epiteliyal odontojenik tümör ile yapılabilir (2, 4). Bu lezyonlar odontojenik kistlerden klinik ve radyolojik görünümüleri ve lokalizasyonları yardımıyla ayırtılabilirler de kesin tanı ancak histopatolojik tetkik sonucu konulabilir.

Maksiller sinüse yayılım göstermiş odontojenik kistlerin enükleasyonu için en iyi yaklaşım şekli olarak Caldwell-Luc operasyonu önerilmektedir (3, 9, 10). Bizim vakamızda diş çekimi sonrası geniş bir oroantral kavite kaldığından dolayı Caldwell-Luc yapılmasına ihtiyaç duyulmadı. Literatürde yapılacak enükleasyon çene kırığına veya çevre dokuların kan akımının engellenmesine sebep olacak ise primer işlem olarak yapılacak marsüpiyalizasyonu takiben enükleasyonun yapılması önerilmektedir (1, 7). Ayrıca marsüpiyalizasyon, maksiller sinüse yayılım göstermiş dentigeröz kistlerde eğer kistle ilişkili gömülü dişin sürme potansiyeli mevcut ise tedavi seçeneği olarak da önerilmektedir (9, 19). Marsüpiyalizasyon ile birlikte diş sürdükçe kist kavitesindeki yeni kemik yapımı olmaktadır, bazı vakalarda dişin arka uygun pozisyonu alabilmesi için ortodontik kuvvetlere de ihtiyaç duyulmaktadır (13). Bizim vakamızda yapılan marsüpiyalizasyon; kist ile ilişkili kanin dişinin sürdürülmesinden çok, sol üst 4 ve 5 nolu azı dişlerinin arka kalmasına yönelik yeni kemik yapımı, bu dişlerin kök gelişimlerinin sağlanması ve kanin dişini olabildiğince oral kaviteye yaklaştırarak cerrahi operasyon sınırlarının daha kısıtlı tutulması amacıyla yapıldı. Dentigeröz kistlerin cerrahi tedavi sonrasında rekürrensini önlemesi oldukça nadirdir (13).

Dentigeröz kistlerin asemptomatik gelişimi sırasında sebep oldukları kemik kayıplarının yanı sıra tedavi edilmeyen olgularda kist sadece ilgili dişin sürmesine engel olmakla kalmaz, aynı zamanda ilgili dişi çenelerde anormal pozisyonlara da itebilir (9). Ayrıca kist epiteli ameloblastik proliferasyon göstererek ameloblastomaya ve nadir olarak malign değişim göstererek karsinoma in situ, skuamöz hücreli karsinoma, epidermoid ve mukoopidermoid karsinomaya dönüşebilir (13, 15, 17, 20). Bu durumda erken teşhis önem taşımaktadır; bu odontojenik lezyonların tedavi planlamasında, çevre anatomik dokular ve dişlerin korunmasına yönelik tedavi yaklaşımları tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Albright CR, Guenther HH. Large dentigerous cyst of the maxillary sinus: Report of case. *JADA*, 1971; 83: 1112-1115.
- Altas E, Karasen RM, Yılmaz B, Aktan B, Kocer İ, Erman Z. A case of a large dentigerous cyst containing a canine tooth in the maxillary antrum leading epiphora. *J Laryngol Otol*, 1997; 111: 641-643.
- Bodner L, Tovi F, Bar-Ziv J. Teeth in the maxillary sinus-imaging and management. *J Laryngol Otol*, 1997; 111: 820-824.
- Chuong R. Dentigerous cyst involving maxillary sinus: Report of case. *JADA*, 1984; 109: 59-61.
- Dolanmaz D, Tuncer N. Maksiller Sinüste Odontojenik Kist: Beş Vaka Raporu. *T Klinikleri Diş Hek Bil*, 1998; 4: 130-134.
- Erkmen N, Ölmez S, Önerci M. Supernumerary tooth in the maxillary sinus: Case report. *Aust Dent J*, 1998; 43 (6): 385-386.
- Frer AA, Friedman AL, Jarret WJ. Dentigerous cyst of the maxillary sinus. *Oral Surg*, 1972; 18: 378-380.
- Goh YH. Ectopic Eruption of Maxillary Molar Tooth-An usual cause of recurrent sinusitis. *Singapore Med J*, 2001; 42 (2): 80-81.
- Hyomoto M, Kawakami M, Inoue M, Krita T. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2003; 124: 215-220.
- Kaya Ö, Bocutoğlu Ö. A misdiagnosed giant dentigerous cyst involving the maxillary antrum and affecting the orbit. Case report. *Aust Dent J*, 1994; 39 (3): 165-167.
- Keskin A, Üçok C. Maksiller Sinüste Dentigeröz Kist. *A.Ü Diş Hek Fak Derg*, 1993; 20 (2): 309-312.
- Köseoğlu BG, Kasapoğlu Ç, Husmani T, Erdem MA, Olgaç V. Maksillada lokalizasyon gösteren odontojenik kerotokist: Olgu bildirim. *Akademik Dental Dişhekimliği Dergisi*, 2004; Ekim-Kasım-Aralık: 44-48.
- Malik NA. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. New Delhi: JaypeeBrothers Medical Publishers(P) Ltd.; First edition. 2002: 405-407.
- Mandeep SB, Avinash M, Neelam P, Balasubramanya R. Dentigerous cyst in the maxillary sinus: A rare cause of nasolacrimal obstruction. *Orbit*, 2003; 22 (4): 289-292.
- Maxymiw WG, Wood RE. Carcinoma arising in a dentigerous cyst. A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, 1991; 49 (6): 639-643.
- Rogers JH, Friedrickson JM, Noyek AM. Management of cysts, benign tumors and bony dysplasia of the maxillary sinus. *Otolaryngol Clin North Am*, 1976; 9 (1): 233-247.
- Sapp JP, Eversole LR, Wsocki GP. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. China: Mosby; Second edition. 2004: 49-51.
- Sudderth ME. Calcifying odontogenic cyst (Gorlin's cyst) of the maxillary sinus. *Laryngoscope*, 1976; 86 (12): 1845-1848.
- Takagi S, Koyama S. Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. *J Oral Maxillofac Surg*, 1998; 56 (2): 237-239.
- Türker M, Yücetaş Ş. *Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi*. Ankara: Özyurt Matbaacılık Ltd. Şti; 3. baskı. 2004: 325-327.

Yazışma Adresi:

Dr. Esmâ KÜRKLÜ
İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı
34390 Çapa / İstanbul
Tel : 0 212 414 20 20 – 30322
E-posta : esmakurklu@yahoo.com