

## GENİŞ HACİMLİ BİR REZİDÜEL DENTAL KİST (OLGU RAPORU)

Arş. Gör. Dr. Muzaffer ASLAN\*

Arş. Gör. Dt. Göksel ŞİMŞEK\*

### LARGE RESIDUAL DENTAL CYST (A CASE REPORT)

#### ÖZET

Radiküler kist, genellikle pulpa nekrozunu takiben görülen inflamasyonun sonucu olarak ve periodontal ligamentteki epitelyal artıklardan oluşan bir kisttir. Radiküler kist veya periapikal kistlerin başlangıç tedavisi sırasında kist epiteli tamamen çıkarılamazsa, takip eden aylar hatta yıllar sonra rezidüel kistler gelişebilmektedir.

Kistik çene lezyonlarında meydana gelen kemik boşluğunun giderilmesinde kemik grefti uygulanması tavsiye edilebilir. Otojen kemiğin kullanılması yüksek düzeyde morbidite oluşturur, ancak allojenik veya sentetik kemik de oldukça pahalıdır. Araştırmacılar tarafından önerildiği gibi tek başına enteleasyon makul bir seçim olabilir.

Bu makalenin amacı; geniş bir mandibuler kist vakasını sunmak ve literatür desteğiyle tartışmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Radiküler kist, rezidüel kist.

#### SUMMARY

A radicular cyst is a cyst which arises from the epithelial residues in the periodontal ligament as a result of inflammation, usually following death of the pulp. With incomplete removal of radicular or periapical cystic epithelium, a residual cyst may develop from months to years after the initial treatment.

Bone grafting of cystic jaw lesions is able to enhance osteogenesis and maintain the desired shape of the bone ultimately formed. Utilization of autogenous bone is associated with increased morbidity, whereas allogeneic or synthetic bone is quite expensive. Enucleation alone as suggested by the authors might be a reasonable choice.

The purpose of this article is to present a large mandibular cyst case and discuss with previous cases in the literature.

**Key Words:** Radicular cyst, residual cyst.

#### GİRİŞ

Radiküler kist, genellikle pulpa nekrozunu takiben görülen inflamasyonun sonucu olarak ve periodontal ligamentteki epitelyal artıklardan oluşan bir kisttir.<sup>9,10,13,15</sup> Radiküler (periapikal) kistler 20-30 yaşlar arasında en yüksek insidansı gösteren, erkeklerde daha sık rastlanan, çenelerin en yaygın kistik lezyonudur.<sup>10,13</sup> Kist, muhtemelen bir travmanın neticesi olarak maksiller ön bölgede daha yüksek bir sıklıkla görülür. Genellikle, periapikal radyolüzens alanı sahip non-

vital bir dişin mevcudiyetiyle radiküler kist tanısı konur.<sup>13</sup> Radiküler veya periapikal kistlerin başlangıç tedavisi sırasında kist epiteli tamamen çıkarılamazsa, tedaviyi takip eden aylar hatta yıllar sonra rezidüel kistler gelişebilmektedir.<sup>14</sup>

Apikal periodontitis çoğu vakada etkilenen dişlerin apikal kök kanallarındaki canlı mikroorganizmalar tarafından başlatılmıştır.<sup>6,7,9</sup> Bu lezyonların çoğu Mallesez epitel hücre artıklarından kaynaklandığı bilinen epitel hücrelerini içermektedir.<sup>8,9</sup> Lezyonun kavite tabanına epitel kaynağını bu hücrelerin sağladığı bilinmektedir.<sup>9</sup>

\* Atatürk Üniversitesi, Dışhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

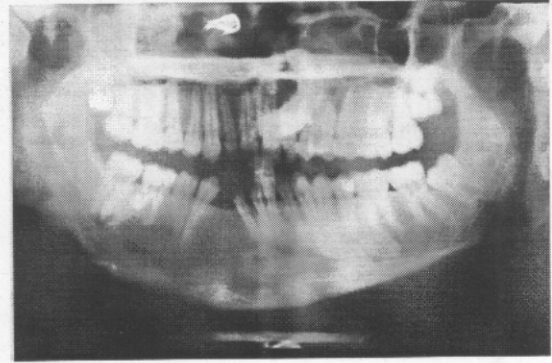
Kistlerin tedavi seçeneklerinden birisi enükleasyondur. Ortaya çıkan kemik defektinin iyileşmesi spontan kemik rejenerasyonu ile olacaktır.<sup>4</sup> 3 cm'den küçük kistler genellikle enükle edilirken daha büyük kistlerin marsüpyalize edilip daha sonraki dönemde de enükle edilmeleri önerilmektedir.<sup>2,16</sup> Enükleasyon küçük kistler için çok iyi sonuçlar vermektedir, ancak büyük çaptaki lezyonlar için biomateriyal uygulanması gerekebilir.<sup>3,4</sup> Otojen kemik, bu amaçla en iyi greft materyali olarak düşünülmesine karşın, allojenik kemik, xenojenik kemik veya alloplastik kemik materyalleri de kullanılmaktadır.<sup>2</sup>

Büyük bir kist kavitesinin iyileşme potansiyeli ve marsüpyalizasyonun arkasındaki temel fizyoloji iyi bilinmektedir. Bununla birlikte, iyi korunan bir ortamda yer aldığı için primer kapatılarak yapılan enükleasyon işleminden sonra oluşan kemik rejenerasyonunun hızı daha fazladır.<sup>2</sup>

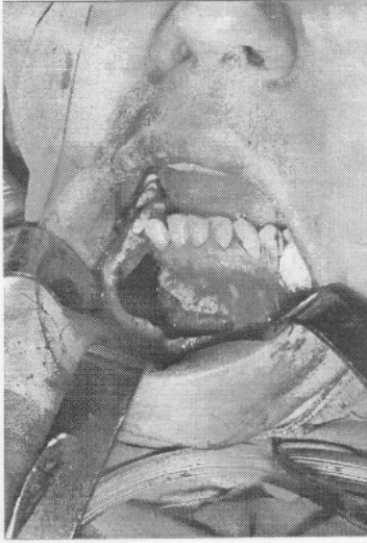
#### OLGU

Iğdır Devlet Hastanesi'nden, 25.04.2002 tarihinde sevk edilen 21 yaşındaki bayan hasta R.T., sağ mandibuler ön bölgedeki ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Hasta anamnezinde, 6 yıl önce enfeksiyon ve ağrı sonucu aynı bölgede bir şişliğin oluştuğunu, 10 ay önce fistül ağzından iltihabi eksuda geldiğini, kliniğimize gelmeden 4 ay öncesinde de sağ mandibuler kanin dişini ağrı nedeniyle çektiğini belirtmiştir. Ancak ağrı şikayetinin geçmediğini ve antibiyotik kullanıyor olmasına rağmen iltihabi eksudanın gelmeye devam ettiğini belirtmiştir. Yapılan radyolojik muayenede, mandibuler sağ I.büyükazı dişin distalinden, sol I.büyükazı dişin mezialine kadar uzanan geniş bir radyolüsent lezyon tespit edilmiştir (Resim 1). Önceden çekilmiş olan kanin dişinin çekim bölgesindeki fistül ağzından aldığımız ponksiyon örneğinin analizi enfekte kist sıvısı şeklinde sonuçlandırılmıştır. İlgili bölgedeki 11 adet dişin tamamı vital çıkmıştır.

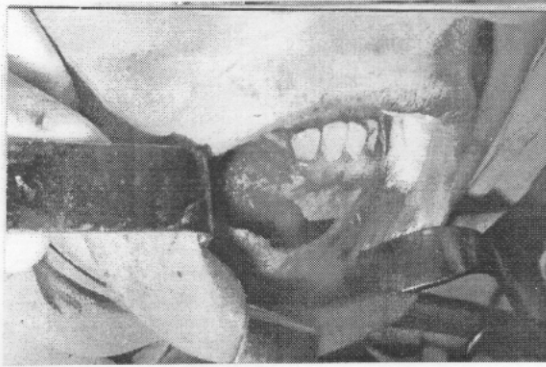
Bu kistin enfekte kanin dişinin periapikal lezyonu olarak başladığı tahmin edilmektedir. Hasta daha sonra fakültemiz Ağız Diş Çene Hastalıklar ve Cerrahisi Anabilim Dalı'nda lokal anestezi altında operasyona alınmış ve kistik oluşum kapsülüyle birlikte çıkarılmıştır (Resim 2,3,4). Operasyon sonrasında çıkarılan kitle Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda incelenmiş ve histopatolojik inceleme sonucu radiküler kist ile uyumlu bulunmuştur. Primer olarak kapattığımız operasyon bölgesindeki sütürler bir hafta sonra alınmış, bu süre içinde oral yoldan antibiyotik ve analjezik önerilmiştir. Post-operatif 3 ve 5. aylarda yapılan kontrollerinde herhangi bir komplikasyon görülmemiştir (Resim 5,6). Dişlerin vitalitelerinde değişiklik olmamış ve yumuşak dokuda da herhangi bir paresteziye rastlanılmamıştır. Kist boşluğunun iyileşmesinden sonra hastamıza eksik olan kanin dişi bölgesine porselen köprü tavsiye edilmiş ancak kendisi bunu kabul etmemiştir.



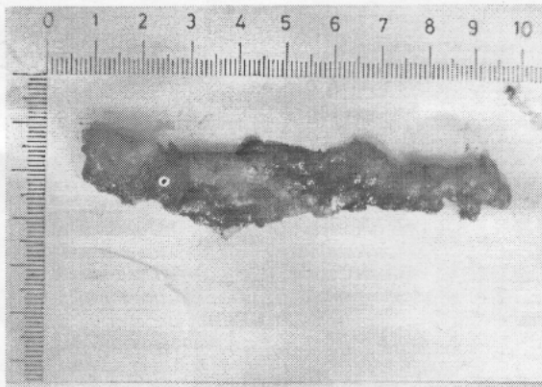
Resim 1. Lezyonun pre-operatif radyografik görünümü.



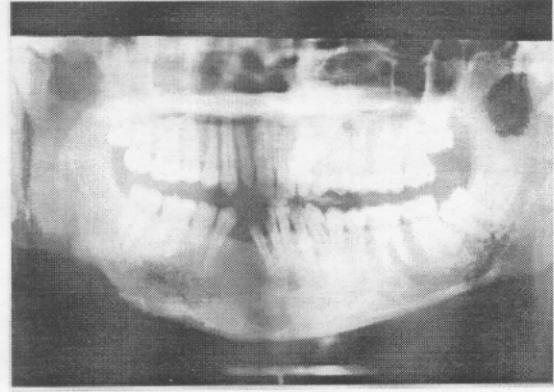
Resim 2. Operasyon anında kitlenin çıkarılması.



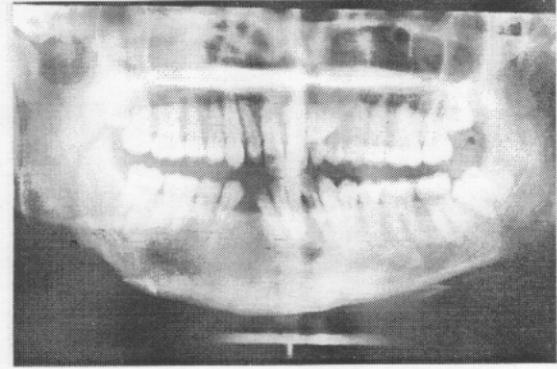
Resim 3. Kavitenin diğer bir açıdan görünümü.



Resim 4. Çıkarılan kist kapsülünün görünümü.



Resim 5. Post-operatif 3 ay sonraki radyogram.



Resim 6. Post-operatif 5 ay sonraki radyogram.

## TARTIŞMA

Radiküler kistlerin periapikal lezyonlar arasındaki sıklığı % 6 ile % 55 arasında değişmektedir.<sup>9</sup> Bazı çalışmalarda ise bu oranın % 40'dan daha fazla olduğu rapor edilmiştir.<sup>1,11,12</sup> Radiküler kistlerin kesin tanısı ancak tamamen çıkarılmış olan lezyonun histopatolojik tetkinin yapılmasıyla ortaya konabilir.<sup>9</sup>

Etkilenen dişlerin kök kanallarıyla ilişkili apikal kistlerin histopatolojik yapısı özel bir öneme sahiptir. Morfolojik açıdan ve kliniksel uygunluğu bakımından bazı periapikal kist tipleri tanımlanmıştır. Bazı araştırmacılar radiküler kistleri, kök kanallarına açılan epitel tabakası içeren kaviteler ve epitel tabakası içeren ancak tama-

men kapalı olan kavite-ler, yani gerçek kistler olmak üzere iki farklı katagoriye ayırmışlardır.<sup>9</sup> Bu tanımlamaya göre, vakamızdaki rezidüel kist, epitel ile döşelidir. Açıldığı herhangi bir kök kanalı da olmadığı için gerçek radiküler kist sınıfına girmektedir. Hem preoperatif aldığımız biopsi, hem de operasyon sonrası çıkarılan kitlenin histopatolojik inceleme sonucu radiküler kist ile uyumlu bulunmuştur. Ancak etken olan diş daha önceden çekilmiş olduğu ve başka non-vital bir diş bulunmadığı için rezidüel kist olarak sınıflandırılmamıştır.

Önceki çalışmalarda belirtildiği gibi birçok klinisyen ve endodontik araştırmacı, sadece endodontik tedavi ile başarılı sonuçlar elde etmiştir. Fakat, tedavi sırasında herhangi bir apikal lezyonun histolojik durumu tam olarak bilinmemekte ve klinisyen başarılı-başarısız vakaları ayırt edememektedir. Bu yüzden periapikal lezyonlar yalnızca kistik ve non-kistik lezyonlar diye ayrılmamalıdır.<sup>9,11</sup>

Yaklaşık 1 cm. çapından daha küçük olan lezyonlar için pek çok klinisyen konvansiyonel endodontik tedaviyi seçerken, büyük lezyonların tedavisi halen tartışmalıdır.<sup>13</sup> Klinik gözlemlere ve bazı histopatolojik tanı çalışmalarına dayanarak, periapikal bölgedeki kistik lezyonların hemen hepsinin konvansiyonel endodontik tedaviden sonra iyileştiği öne sürülmektedir. Birçok klinisyen, konvansiyonel endodontik tedaviyi takiben iyileşmenin değerlendirilmesi için en az bir yıl beklenilmesinin uygun olacağını, bu sürenin sonunda iyileşme görülmediği takdirde ise cerrahi yollara başvurulması gerektiğini savunmaktadır.<sup>13</sup> Aksine, bazı oral cerrahlar kistlerin mutlaka cerrahi olarak çıkarılmaları gerektiğini iddia etmektedirler.<sup>9</sup> Kistik epitel tabakasının cerrahi yollarla tamamen uzaklaştırılması gerektiği görüşü birçok oral patoloğ tarafından da desteklenmektedir.<sup>13</sup>

Apikal periodontal kistin, kök kanalı tedavisinden sonra iyileşme ihtimali yüksektir. Diğer

yandan gerçek bir kistin doku hareketleri kendi kendine devam edeceğinden, lezyonun gelişimi kök kanalındaki irritanlara bağlı değildir. Bu yüzden gerçek kistlerin kök kanalı tedavisiyle iyileşme ihtimalleri zayıftır. Bu, son zamanlarda uzun süreli olarak takip edilmiş olan vakalarda da ortaya konmuştur.<sup>9</sup>

2 cm.'den küçük kistik defektler primer ve komplikasyonsuz olarak iyileşebilmektedir.<sup>16</sup> Ancak büyük kistlerin cerrahi olarak çıkarılmasından sonra oluşan kemik defektlerinin iyileşmesinde problemler oluşabilmektedir. Büyük kemik defektlerinin iyileşmesi için kavitenin ve dolayısıyla oluşacak pıhtı hacminin azaltılması primer iyileşmeyi artıracaktır. Kavitenin küçültülmesi amacıyla hidroksilapatit, otojen kemik ve allojen kemik kullanılmaktadır.<sup>16</sup> Birçok çalışma, operasyon sonrası oluşan kemik içi kavite-lerin iyileşmesinde, iyileşme periyodunu kısalttığı ve fraktür oluşma riskini azalttığı için otogreft yada alloplastik materyal uygulanması gerekliliğini savunmaktadır.<sup>4,5</sup> Ancak, Chiapasco ve arkadaşlarının 27 geniş kist vakası üzerinde yaptıkları araştırmada, herhangi bir greft materyali kullanılmadan sorunsuz bir iyileşmenin sağlanabileceği belirtilmektedir. Geniş kemik kavite-lerinin iyileşmesi için pıhtının organize olmasıyla gelişen fizyolojik iyileşme süreci yeterli olabilmektedir. Otogreftin tek başına veya allo-greftlerle kombine kullanıldığı vakalarda enfeksiyon, rezorbsiyon gibi post-operatif morbiditeler oluşabilmekte ve maliyet artmaktadır.<sup>4</sup>

Greftler hakkındaki bu görüşlere rağmen, rutin olmasa da kemik kavite-lerinin iyileşmesinde kullanılabilirler. Olgumuzda kistik kavite enfekte olduğu için greftin reddi yönünden kullanımını uygun görmedik.

#### KAYNAKLAR

1. Bhaskar SN. Nonsurgical resolution of radicular cysts. Oral Surg 1972; 34: 458-468.

2. Bodner L. Discussion, Spontaneous bone regeneration after enucleation of large mandibular cysts: A radiographic computed analysis of 27 consecutive cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 949.
3. Bodner L. Effect of decalcified freeze-dried bone allograft on the healing of jaw defects after cyst enucleation. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 1282-1286.
4. Chiapaseo 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: 942-948.
5. Dayı E, Aslan M, Şimşek G, Yılmaz AB. The Effects of Bone Chips Dehydrated with Solvent on Healing Bone Defects. *J Int Med Res* 2002; 30: 168-173.
6. Dimitroulis G, Curtin J. Massive residual dental cyst: case report. *Aust Dent J* 1998; 43: 234-237.
7. Lim AA, Peck RHL. Bilateral mandibular cyst: Lateral radicular cyst, paradental cyst, or mandibular infected buccal cyst? Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 825-827.
8. Moreira PR, Santos DFM, Martins RD, Gomez RS. CD57 cells in radicular cyst. *International Endodontic Journal* 2000; 33: 99-102.
9. Nair PNR, Pajarola G, Schroeder HF. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81: 93-102.
10. Nair PNR. Reviw, new perspectives on radicular cysts: do they heal? *International Endodontic Journal* 1998; 31: 155-156.
11. Nair PNR, Sjögren U, Schumacher E, Sundqvist G. Radicular cyst affecting a root-filled human tooth: a long-term post-treatment follow-up. *International Endodontic Journal* 1993; 26: 225-233.
12. Natkin E, Oswald RJ, Carnes LJ. The relationship of lesion size to diagnosis, incidence, and treatment of periapical cysts and granulomas. *Oral Surg* 1984; 57: 82-94.
13. Rees JS. Conservative management of a large maxillary cyst. *International Endodontic Journal* 1997; 30: 64-67.
14. Regezi JA, Sciubba JJ. *Oral Pathology*. 3th ed WB Saunders, Philadelphia, 1999: 288-292.
15. Takiguchi M, Fujiwara T, Sobue S, Ooshima T. Radicular cyst associated with a primary molar following pulp therapy: a case report. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2001; 11: 452-455.
16. Yih WY, Morita V. A modified technique for obliteration of large bony defects after cystectomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 689-692.

**Yazışma adresi:**

**Dr.Muzaffer ASLAN**

Atatürk Üniversitesi,

Dişhekimliği Fakültesi

Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi

Anabilimdalı

ERZURUM