

INTRAOSSEROZ KALSİFİYE ODONTOJENİK KİST* (OLGU RAPORU)

Yrd.Doç.Dr.Sadık KÖYOĞLU** Yrd.Doç.Dr.Hasan BOĞA***

ÖZET

Kalsifiye odontojenik kistler ilk defa 1962 de Gorlin ve arkadaşları tarafından farklı bir patoloji olarak tanımlandı. Kalsifiye odontojenik kistler daha çok hayatın 2. dekadında görülürler. Cinsiyet ayırımı yapmazlar ve maksilla ve mandibula da eşit oranda görülürler. Solid ve kistik şekilde görülen lezyonlar kemik içi ve kemik dışında yerleşebilirler. Nanspesifik klinik ve radyolojik özellikler gösterirler. Olgumuz oral bölgenin diğer kistleri ve tümörlerinden ayrıca teşhisin zorluğu nedeniyle ender görülen odontojenik tümörlerdendir.

Anahtar Kelimeler: Keratinize ve kalsifiye epithelial odontojenik kist, Gorlin kist, Kistik keratinize tümör.

SUMMARY

The calcifying odontogenic cyst (COC) was first recognized as a distinct pathologic entity by Gorlin et al in 1962. Calcifying odontogenic cysts are most often seen in the second decade of life the maxilla and the mandible are equally affected and there is no sexual predilection. Lesions that seen solid or cystic, can be occurred in the intraosseous and extraosseous tissue. They show nonspecific clinical and radiological properties. Our case is a rare odontogenic lesion by the difficult distinguish diagnosis among the other cysts and tumors of oral region.

Key Words: Ceratinizing and calcifying epithelial odontogenic cyst, Gorlin cyst, Cystic ceratinizing tumor.

GİRİŞ

Nadir görülen odontojenik lezyonlardan olan kalsifiye odontojenik kist (C.O.C) ilk defa 1962 yılında Gorlin ve arkadaşları¹⁰ tarafından tanımlandı. Hemen 1963 yılında Gold⁹ tarafından keratinize kalsifiye odontojenik kist olarak tanımlandı. Rapor edilen hastaların analizinde yaş insidansının 1-8 arasında değiştiği ancak lezyonun % 30 oranında hayatın 2. dekadında görüldüğü belirtilmiştir.^{4,19} Seks ayırımı yapmayan kalsifiye odontojenik kistler maksilla ve mandibula da yaklaşık eşit oranda görülürler.⁴ Lezyonun % 80 kadarı çene kemikleri içerisinde (Intraosseoz) ve % 20'side çene kemiği etrafındaki yumuşak dokularda (Ekstraosseöz) meydana gelir.^{4,19}

Kalsifiye odontojenik kistlerin büyük çoğunluğu kistik lezyonlardır. Solid lezyonlar % 13-17 arasında değişmektedir.^{16,18} Kistik tip Praestorius ve arkadaşları¹⁸ tarafından basit unistik tip, unistik odontoma üreten tip ve unistik ameloblastamatöz proliferasyon gösteren tip olmak üzere 3 ana grup şeklinde sınıflandırmışlardır. Kalsifiye odontojenik kistler dişli sahalarda ve anterior bölgelerde görülürler.¹⁹

Nonspesifik klinik özellikler gösteren kalsifiye odontojenik kistler asemptomatik olarak gelişirler.²⁰ Ağrı göze çarpan bir özellik olmasına rağmen birçok hastada rapor edilmiştir.^{13,16} Komşu dişlerin kök rezorbsiyonuna ve yer değiştirmesine neden olabilirler.¹⁹ Klinik özellikleri bakımından diğer odontojenik kistlerden

farklılık göstermezler.⁴ Radyolojik olarak aralarındaki küçük odaklardan büyük kitlelere kadar değişen radyolüenslerin olduğu uniloküler yada multiloküler kistik radyolüensiler gösterirler.^{4,19}

Önemli histolojik farklılıklar gösteren kalsifiye odontojenik kistler kolesteotoma, keratinize kalsifiye odontojenik kist, keratinize ameloblastoma, kalsifiye hayalet hücreli odontojenik tümör ve kistik kalsifiye odontojenik tümör terimleriyle aynı anlamda kullanılmışlardır.¹² Ancak şimdiki literatürlerin çoğu Gorlin'in orijinal terimi olan kalsifiye odontojenik kist terimini kullanmaktadırlar.¹²

Kalsifiye odontojenik kist histopatolojik olarak mine epiteli, çekirdeksiz eozinofilik ghost hücreleri, epitel ve konnektif doku duvarlarında kalsifikasyon gösteren kistik lezyonlardır.¹²

Ghost hücreleri tek tek veya hücre kümeleri şeklinde görülebilirler. Ghost hücreleri kalsifiye odontojenik kistler için spesifik değildir. Çünkü bu hücreler kraniyo faringiomalar ve diğer odontojenik tümörlerden ameloblastik fibro odontomalarda, kompleks odontomalarda, ameloblastoma gibi tümörlerde de görülebilirler.¹⁵ Bir çok kalsifiye odontojenik kist olgusunda ayrıca melanin pigmenti de gözlenmiştir.^{1,6,22}

Genel olarak iyi huylu bir tümör olan COC tedavisi olarak lokal eksizyon yada enükleasyon yeterlidir. Eğer bu işlemler iyi yapılırsa nüksler görülmez. Nüks ihtimaline karşın hastalar takip edilmelidir.^{4,15,19}

* Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerrahisi "Stomatoloji Derneği 3.Uluslararası Bilimsel Kongresinde Poster olarak sunulmuştur. 28 Ekim/ 1 Kasım/ 1992 Beldibi-Kemer/ANTALYA

** Dicle Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerrh. A.B.D. Öğretim Üyesi,

*** Adana Numune Hastahanesi.

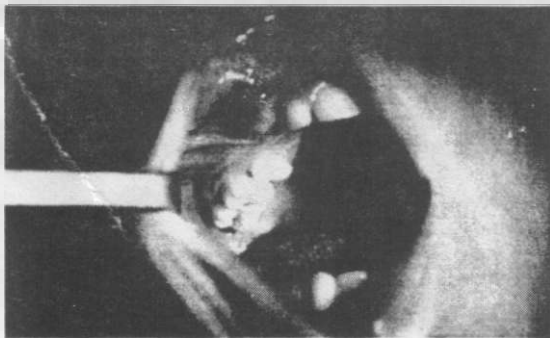
OLGU RAPORU

11.3.1992 tarihinde Ş.A. isimli 15 yaşındaki erkek hasta sol üst çenede yavaş büyüyen şişlik ve hafif ağrı öyküsü ile D.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmayan hasta anamnezinde yaklaşık 1 yıl önce sol üst çenede molar bölgesinde hafif ağrılı bir şişlik meydana geldiği, bu şişliğin çok yavaş bir şekilde arttığı ve daha sonraları sol alt göz kapağı, sol burun kanatları ve sol üst dudak bölgelerinde paresteziler oluştuğunu belirtti.

Hastanın yapılan klinik muayenesinde sol yüzde asimetri (Resim 1) vestibül sol kusta şişlik, sol maksiller kanin ve 1. premolar dişlerin sürmediği, sol maksiller 2. premolar dişinin palatinal doğru eğildiği, sol maksiller lateral dişi ile 1. molar dişleri arasında belirgin sert kabarıklığın olduğu ve bu kabarıklığın posteriorunda fluktuan alanlarının mevcudiyeti saptandı (Resim 2).



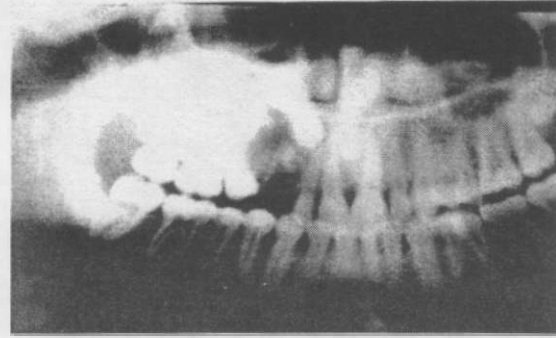
Resim 1. Hastanın nörokraniyal görünümü.



Resim 2. Hastanın preoperatif intraoral görünümü.

Hastanın radyolojik olarak panoramik ve periapikal grafilerin incelenmesinde sol maksiller kanin ve 1. premolar dişlerinin sürmediği ve bu

dişlerin üzerinde lateral diştan 1. büyük azıya doğru uzanan multiloküler radyolüsent alan ve bu sahanın içerisinde radyopak görüntü veren kitlelerin varlığı belirlendi (Resim 3-4).



Resim 3. Hastanın operasyon öncesi alınan panoramik grafisi.

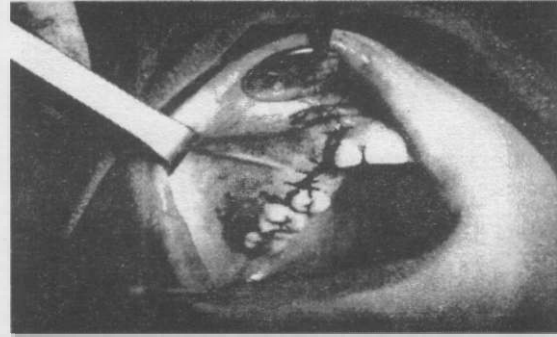


Resim 4. Periapikal grafide lezyonun görünümü.

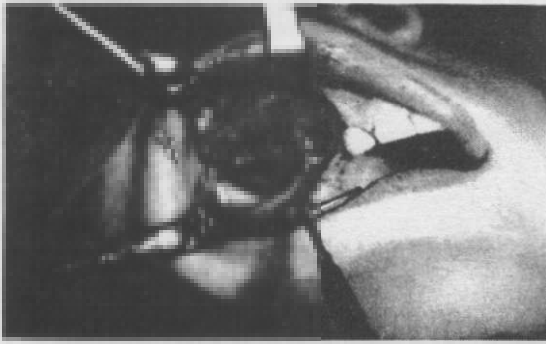
Ekok anestezi altında ameloblastik odontoma ön tanısıyla operasyona alınan hastaya sol maksiller 2. molar diştan lateral dişe kadar diştinden geçen Novak insizyonu yapıldı ve mukoperiosteal lambo kaldırıldı. Kitlenin posteriorunda kemik yıkımının olduğu ve yumuşak doku ile irtibata geçtiği gözlemlendi (Resim 5). Asimetri yaratan kabarık ince kemik lamelleri kemik penssi ile elimine edildikten sonra kitle tamamıyla entükle edilerek (Resim 6), histopatolojik tetkik için patoloji laboratuvarına gönderildi. Kanin ve 1. molar dişlerin kistik kitle ile ilişkide olmadığı, kitlenin basıncıyla sürmediği saptandı. Çıkarılan patolojik dokunun içerisinde beyazımtırak renkte en büyüğü 1 cm çapında irili ufaklı kalsifiye materyaller görüldü (Resim 7,8), bölge primer olarak kapatıldı ve nüks ihtimali düşünülerek hasta uzun süreli takibe alındı (Resim 9). Postoperatif alınan panoramik grafilerde iyileşmenin olumlu yönde olduğu saptandı (Resim 10). Çıkarılan materyalin histopatolojik tetkiki kalsifiye odontojenik kist (Gorlin kisti) olarak belirtildi (Resim 11).



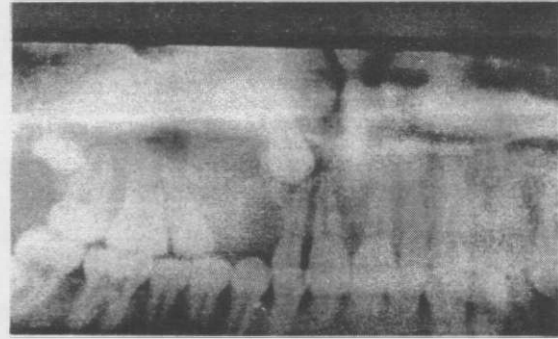
Resim 5. Mukoperiosteal lambozun kaldırılmasından sonraki ekspansiyonun görünümü.



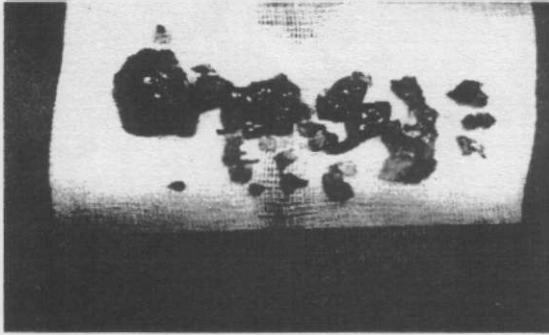
Resim 9. Primer kapalı anaplastik operasyonun salıncığını göstermektedir.



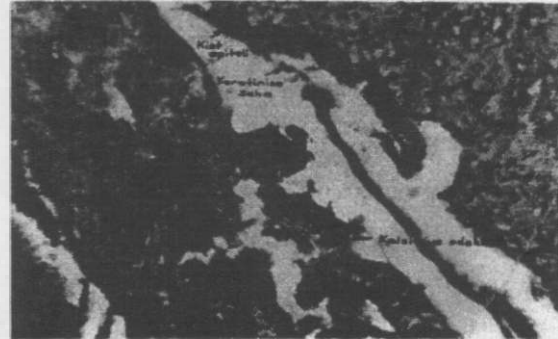
Resim 6. Patolojik kitlemin nekrotikasyonundan sonraki görünümü.



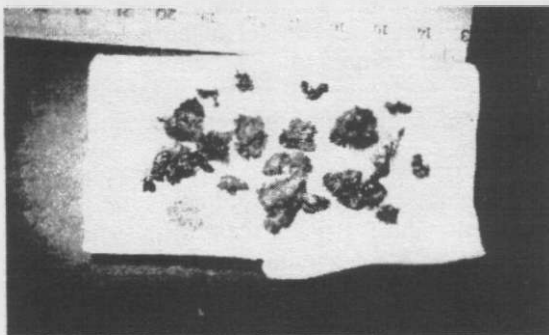
Resim 10. Postoperatif radyolojik görünüm.



Resim 7. Enükle edilmiş patolojik kitle.



Resim 11. Gözlenen kist.



Resim 8. Çıkarılan kalsifiye materyaller.

TARTIŞMA

Ender görülen lezyonlardan olan kalsifiye odontojenik kistlerin insidansını Swan ve arkadaşları²³ oral bölge biyopsilerinde % 0.03 olduğunu söylerken Regezi ve arkadaşları²⁰ 706 odontojenik tümörü hastalarının analizinde % 2 olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde 200'den

fazla kalsifiye odontojenik kistli vaka raporedildiği ve bu lezyonun sıklıkla genç erişkinlerde meydana geldiği belirtilmiştir.⁵ Bizim olgumuz da 17 yaşında erkek hasta idi. Kalsifiye odontojenik kistlerin çoğunlukla dişli bölgelerde görüldüğü ve özellikle anterior bölgelerde lokalizasyonlarının daha sık olduğu belirtilmiştir.¹⁹ Non-spesifik klinik özellikler göstermesine karşın en fazla bilinen semptomu şişliktir. Ağrı göze çarpan bir özellik olmamasına rağmen birçok hastada rapor edilmiştir.^{1,8,13} Odontomalar veya sürmemiş dişler ile de bulunabilen kalsifiye odontojenik kistler komşu dişlerin kök rezorbsiyonuna ve yer değiştirmelerine sebep olabilirler.^{2,13,16} Odontomalarla görülme oram % 10 olarak bildirilmiştir.²⁵ Bizim olgumuzda da sürmemiş dişler, ağrı ve paresteziler saptandı.

Kalsifiye odontojenik kistler kemik içerisinde (santral) meydana gelebileceği gibi, kemik dışında da (periferal) oluşabilirler. Hoffman¹¹ kalsifiye odontojenik kistlerin yaklaşık olarak % 78.5'inin kemik içerisinde santral olarak % 21.5'inin de dişetinde periferal olarak bulunduğunu belirtirken, Fejerskov ve Krogh⁷ lezyonların üçte birinin, Freedman ve arkadaşları⁸ ise dörtte birinin ekstrasosseöz meydana geldiğini açıklamışlardır. Bizim olgumuzda lezyon kemik içerisinde lokalize olmuştu. Çene tutulumunun önemsiz olmasına rağmen kalsifiye odontojenik kistler irksal faktörlerle değişiklik gösterebilirler. Japonlarda maxillada, diğer populasyonlarda ise mandibulada az bir farkla daha çok yerleşirler.^{21,24} Bizim olgumuzda üst çenede lokalize idi. Yine kalsifiye odontojenik kistlerin cinsiyet dağılımındaki fark anlamsızdır. Buchner⁵ 215 olgusundan 110'unun kadın 105'inin de erkek olduğunu bildirmiştir.

Kalsifiye odontojenik kistin histogenezindeki genel fikir odontojenik epitel ile ilişkili olduğudur.^{10,14} 1971'de dünya sağlık Örgütü (WHO) kalsifiye odontojenik kisti nonneoplazmik kistik bir lezyon olarak tanımlamıştır.¹⁹

Radyolojik olarak uniloküler radyolüsent görüntülü kalsifiye odontojenik kistler, rezidüel kistler, radiküler kistler, lateral periodontal kistler ve odontojenik kerato kistlere benzerlik gösterirken, multiloküler radyolüseni durumlarında odontojenik keratokist ve ameloblastomaya benzerlik gösterirler. Lezyon radyoopak kitleler gösterdiği zaman ise adenomatoid odontojenik tümör (AOT), kalsifiye epithelial odontojenik tümör (CEOT), ameloblastik fibro odontoma (AFO), odonto ameloblastoma (OA) yada odontomaya benzerler.¹⁶ Bu nedenle preoperatif tanı

koymak oldukça güçtür. Ando ve arkadaşları³ 69 olgudan sadece 5'inde preoperatif tanı koyabilmişlerdir.

Devamlı gelişme gösteren kalsifiye odontojenik kistlerin cerrahi olarak eksizye edilmesi gerektiği; nüks ihtimalinin ise eksizyon sahasının yetersizliğine bağlı olduğu belirtilmiştir.^{4,19} Ancak nüks eğilimi yoksa kalsifiye odontojenik kistlerin en iyi tedavi yönteminin enükleasyon şeklinde olduğu, nüks ihtimaline karşın uzun süre takibi gerektiği ve karsinomaya doğru da transformasyon gösterebileceği açıklanmıştır.²⁵

Olgumuz enükleasyon şeklinde tedavi edilmiş olup, şimdiye kadar yapılmış olan kontrollerde iyileşmenin olumlu yönde olduğu ve herhangi nüks eğiliminde olmadığı saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Abrams, AM, Howell FV. The calcifying odontogenic cyst. Report of four cases. Oral Surg 1968; 25: 594.
2. Altini M, Farnian AG. The calcifying odontogenic cyst: Eight new cases and review of the literature. Oral Surg 1975; 40: 751.
3. Ando T, Noguchi I, Ide F et al: A case of calcifying odontogenic cyst with ameloblastomatous proliferation and adenomatoid odontogenic tumor-like proliferation. Jpn. J Oral Maxillofac Surg. 1985; 31: 1930.
4. Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology 6 th Ed CV Mosby Co. 1981; 231.
5. Buchner A. The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst. An analysis of 215 cases J Oral Maxillofac Surg 1991; 49: 330-9.
6. Duckworth R, Seward GR. A melanotic ameloblastic odontoma. Oral Surg 1965; 16: 73.
7. Fejerskov O, Krogh J. The calcifying ghost cell odontogenic tumor-or the calcifying odontogenic cyst. J Oral Pathol 1972; 1: 273.
8. Freedman PD, Lumerman H, Gee JK. Calcifying odontogenic cyst. A review and analysis of seventy cases. Oral Surg 1975; 40: 93.
9. Gold I. The keratinizing and calcifying odontogenic cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1963; 16: 1414-24.
10. Gorlin RJ, Pindborg JJ, Clausen F, et al.: The calcifying odontogenic cyst- A possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe Oral Surg 1962; 15: 1235.
11. Hoffman S, Jocaway JR, Krolls SO. Intraosseous and periosteal tumors of the jaws, in atlas of tumor pathology. Washington D.C. Armed Forces Institute of Pathology 1987; 30-4.
12. Hong SP, Ellis GL, Hartman GS. Calcifying odontogenic cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 56-64.

13. Keszler A, Guglielmotti MB. Calcifying odontogenic cyst associated with odontoma: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45: 457.
14. Killey HC. Benign cystic lesions of the jaws, their diagnosis and treatment. Bristol, England. Wright, 1977; 141.
15. Mascres C, Donohue WB, Vauclair R. The calcifying odontogenic cyst. *J Oral Maxillofac surg.* 1990; 48: 319-22.
16. Mc Gowan RH, Browne RM. The calcifying odontogenic cyst A problem of preoperative diagnosis. *Br J Oral Surg* 1982; 20: 203.
17. Pindborg JJ, Kramer IRH, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1972; 28.
18. Praetorius F, Hjorting-Hansen E, Gorlin RJ, et al. Calcifying odontogenic cyst: Range, variations and neoplastic potential. *Acta Odontol Scand.* 1981; 39: 227.
19. Ragab REB, Sherif EM, Hanida R. Calcifying odontogenic cyst: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48: 637-40.
20. Regezi JA, Kerr DA, Courtney VM. Odontogenic tumors: Analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771-8.
21. Saito I, Suzuki T, Yamamura J, et al. Calcifying odontogenic cyst. Case report, variations and tumorous potential. *J Nihon Univ Sch Dent* 1982; 24: 69.
22. Soames JV. A pigmented calcifying odontogenic cyst. *Oral Surg* 1982; 53: 395.
23. Swan RH, Houston GD, Moore SP. Peripheral calcifying odontogenic cyst (Gorlin cyst) *J Periodontol* 1985; 56: 340.
24. Tanimoto K, Tomita S, Aoyama M, et al. Radiographic characteristics of the calcifying odontogenic cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17: 29.
25. Toida M, Ishimanu J, Tatematsu N. Calcifying odontogenic cyst associated with compound odontoma: A report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48: 77-81.