

ÇENE KEMİKLERİNDE

GÖRÜLEN KİSTLER

PROF.DR. AHMET BERHAN YILMAZ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ORAL DİAGNOZ ve RADYOLOJİ A.D

(AĞIZ, DİŞ, ÇENE RADYOLOJİSİ)

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Kist, kemikte veya yumuşak dokuda yer alan, çeperleri epitel dokusundan meydana gelen, içlerinde sıvı veya püre kıvamında bir madde bulunan boşluklardır. Kist torbası kapalı olduğu sürece kist büyür, şayet kist açılır ve kist sıvısı boşaltılırsa küçülmeye başlar. Ancak lümen kapanırsa büyüme tekrar devam eder. Kist büyümesi pasif bir gelişme şeklidir. Etrafındaki dokuları iterek yavaş yavaş büyür. Bu şekil büyümeye expansif büyüme denir. Küçük kistler klinik olarak fark edilemezler. Ağrısız büyürler, ancak büyüdükçe çenede ve yüzde şekil bozukluklarına neden olurlar. Kistin çevresindeki kemikte rezorpsiyon olurken, kemiğin periferindeki kısımlarda apozisyon görülür. Böylece kemiğin iç kısmında rezorpsiyon, dış kısmında apozisyonla kist duvarı perifere doğru genişler. Büyük kistlerde etrafındaki kemik iyice inceler. Bu kısma basınç yapıldığında sert dokunun çökmesi nedeniyle bir ses duyulabilir. Yani büyük kistlerde palpasyonda parşömen çıtırtısı denilen bir bulgu elde edilir. Kist büyümesine devam ederse, çevresindeki kemik dokusu tamamen erir ve kistin bulunduğu yere göre kist mukozası, ağız mukozası, burun mukozası veya sinüs mukozası ile birleşebilir. Burun tabanına doğru gelişen kistler burun tabanını kabartırlar. Burun tabanındaki bu kabartıya Gerber tümseği adı verilir.

Çenelerde daha çok odontojenik epitelden gelişen kistler görülür. Daha az oranda da oral epitelin inklüzyonları ile oluşan gelişim kistleri görülebilir.

Kist mukozası diğer komşu mukozalarla birleştiğinde içerisindeki sıvı nedeniyle kist flüktuasyon verir. Yine büyük kistlerde, kistin sinir uçlarına basınç yapmasına bağlı olarak parestezi veya anestezi, karakteristik olmayan baş ağrısı ve nevraljiform ağrılar görülür.

Büyük alt çene kistlerinde spontan fraktürler de görülebilir. Kistlerde görülen diğer bir semptom da büyüyen kist nedeniyle komşu dişlerin değişik pozisyonlar almalarıdır.

Çeneler ve ağız bölgesi kistlerini, aşağıdaki başlıklar altında inceleyeceğiz.

Epitelyal Kistler:

1.Odontojenik gelişim kistleri

- Yeni doğanların gingival kisti
- Erişkinlerin gingival kisti
- Primordial kist
- Odontojenik keratokist
- Dentigeröz kist (folliküler kist)
- Erüpsiyon kisti
- Lateral periodontal kist

- Kalsifiye odontojenik kist
- Glandüler odontojenik kist (sialo-odontojenik kist)

2. İnflamatuvar odontojenik kistler

- Radiküler kist (apikal ve lateral)
- Rezidüel kist

3. Non-odontojenik gelişim kistleri

- Nazopalatin duktus kisti (insisiv kanal kisti)
- Nazolabial kist (nazoalveoler kist)
- Globulomaksiller kist
- Median palatal kist
- Median mandibular kist

4. Epitelial olmayan “pseodo kistler”

- Travmatik kemik kisti
- Anevrizmal kemik kisti
- Statik kemik kisti

Odontojenik kistler

Odontojenik kistler nadir olarak görülen, birkaç lezyon dışında sadece çene kemiklerinde görülen, içi epitel ile döşenmiş lezyonlardır. Diğer taraftan yine çene kemiklerinde görülen ve embriyolojik yarıkların birleşmesi esnasında epitelin inklüzyonu sonucu oluşan kistler de vardır. Bu kistlere fissural veya nonodontojenik kistler denir.

Odontojenik kistler odontojenik epitelden menşeyini alan epitel ile döşelidir. Bu kistlerin gelişimsel olanlarının etyolojisi bilinmemektedir. İltihabi kistler ise çeşitli iltihabi etkiler sonucu oluşur.

Gelişimsel “Developmental Odontojenik” Kistler

Yeni doğanların gingival “alvoler” kisti: Yeni doğanların gingival kisti küçük, yüzeysel, keratinle dolu olan bir kisttir ve bebeklerin alveoler mukozasının üzerinde bulunur. Bu kistler dental lamina artıklarından doğarlar.

Oldukça yaygın olan yeni doğanların gingival kistleri, ağız içinde spontan olarak kayboldukları için nadiren dikkati çekerler.

Klinik Bulgular: Yeni doğanların gingival kistleri, yeni doğmuş olan bir bebeğin alvoler mukozasına yayılmış, küçük ve genellikle multiple, beyazımsı papüller halindedirler. Bu kistlerin çapı genellikle 2 mm’den daha küçüktür.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Tedavi ve Prognoz: Yeni doğanların gingival kistleri, oral mukozal yüzey ile temas halinde olduğu ve kistin açılması sonucu spontan olarak son buldukları için herhangi bir tedaviye gereksinim duyulmaz.

Yetişkinlerin gingival kisti: Sık görülmeyen bu kist, lateral periodontal kistin yumuşak dokuda rastlanılan karşılığı olarak değerlendirilir. Dental lamina artıklarından ortaya çıkar.

Yetişkinlerin gingival kistin histopatolojik özellikleri lateral periodontal kist ile aynıdır.

Klinik Bulgular: Lateral periodontal kist gibi % 60-70 oranında mandibular kanin ve premolar bölgede oluşma eğilimindedir ve hastalarda hayatın beşinci ve altıncı dekadında daha yaygın olarak görülür.

Bu kistler hemen her zaman fasiyal gingivada veya alveolar mukozada lokalize olurlar. Maksillar gingival kistler genellikle kesici, kanin ve premolar bölgede bulunur.

Erişkinlerin gingival kistleri, ağrısız, kubbe benzeri bir şişlik halinde ve genellikle 0.5 cm'den daha küçük bir çapa sahip lezyonlardır.

Bu lezyonlar nadiren daha büyük ebatlara ulaşabilirler. Genellikle mavimsi veya mavimsi-gri renktedirler ve yüzeysel bir mukoseli andırırlar.

Bazı vakalarda bu kistlerin alveoler kemikte yüzeysel bir erozyona sebep olabileceği görülmüştür. Bu erozyon radyografide tespit edilemez, ancak kist çıkarıldıktan sonra ortaya çıkar. Şayet kemik kaybı daha fazla ise bu lateral periodontal kistin bir göstergesi olacaktır. Çünkü lateral periodontal kist, mukozadan orijinini alan gingival kistten daha fazla kemiği aşındırır.

Tedavi ve Prognoz: Yetişkinlerin gingival kisti basit cerrahi eksizyona iyi cevap verir. Bu lezyonlarda prognoz çok iyidir.

Primordial kist: Primordial kist teriminin *orijini* bugün hala tartışılmaktadır. Kistlerin eski klasifikasyonunda, primordial kistin, dişin sert dokuları oluşmadan önce mine organı epitelinin kistik dejenerasyonundan orijinini aldığı ve dolayısı ile ilgili dişin yerinde olduğu düşünülürdü. Daha sonraları oral patolojistler, dental laminadan doğduğuna inanılan, histopatolojik özellikleri ve klinik davranışları bir kisti gösteren odontojenik keratokist terimini literatüre soktular. Bu kavram hemen ve yaygın bir kabul gördü ve odontojenik kerato kist terimi ile primordial kist terimleri aynı manada kullanılmaya başlandı.

Yapılan son araştırmalar primordial kistin, odontojenik keratokistin histopatolojik özelliklerini taşımadığını göstermiştir. Bu sebeple günümüzde araştırmacılar primordial kisti bilinen anlamı ile bir kist olarak kabul ederler.

Sonuçta primordial kist, dişin gelişmesi esnasında mine organının dejenerasyonu sonucu dişin yerinde oluşur ve histolojik olarak odontojenik keratokist gibi keratin formasyonu göstermez.

Primordial kistler sık görülmeyen odontojenik kistlerdendir. Mine ve dentinin kalsifikasyonu tamamlanmadan önce stellate retikulumun kistik dejenerasyonu ve sıvılaşması ile oluşurlar. Böylece primordial kist bir dişin yerinde oluşur. Bazı vakalarda eğer primordial kist süpernümerer bir diştten menşeyini almışsa, ağızda diş sayısı tamamlanmış olabilir ve bu kist sebebi ile diş eksikliği meydana gelmemiş olur.

Çok sayıda diş çektirmiş bazı hastalarda bulunan primordial kistin, hangi diş ile alakalı olduğu anlaşılamaz ve bazen bu kist residüel kist ile karıştırılabilir.

Klinik Bulgular: Ağızda noksan bir dişin yerinde görülür. Çoğunlukla mandibulanın üçüncü molar bölgesinde rastlanır. Primordial kist çok çeşitli boyutlarda karşımıza çıkabilir. Komşu dişleri iterek ve kemiğin ekspansiyonuna sebep olarak büyür. Çok nadir olarak kalıcı ve normal bir dişin altındaki alanda yer alır ve röntgende radyolüsent bir alan halinde ilgili dişin altında görünür.

Lezyon sekonder olarak enfekte olmadıkça ağrısızdır ve nadiren aşikar klinik belirtiler meydana gelir.

Primordial kist kesinlikle hayatın ilk dönemlerinde şekillenir, fakat uzun yıllar tespit edilmeden kalabilir.

Radyografik bulgular: Primordial kist, yuvarlak veya oval, sınırları düzenli olan çoğunlukla uniloküler, bazen multiloküler radyolüsent bir lezyondur. Lezyonun etrafı sklerotik veya reaktif kemikle çevrilidir.

Kist konjenital olarak eksik bir dişin yerinde ve kendisine komşu olan dişlerin köklerinin altında veya arasında yer alabilir. Primordial kist sıklıkla alt ve üst üçüncü molar dişlerin yerinde oluşur.

Tedavi ve prognoz: Primordial kistin tedavisi, kistin cerrahi olarak çıkarılması ve kemiğin eksiksiz bir şekilde kürete edilmesi ile yapılır. Bu küretajın sebebi, kist epiteli tamamı ile çıkarılmaz ise primordial kist odontojenik keratokist olarak rekürrens gösterebilir.

Odontojenik keratokist: Odontojenik keratokist, spesifik histopatolojik özellikleri ve klinik davranışları ile gelişimsel odontojenik kistlerin farklı bir formu olmuştur.

Odontojenik keratokist genel kaniya göre dental lamina artığı hücrelerden doğar. Bu kist kendisinden daha yaygın olarak görülen kistlerden farklı bir büyüme mekanizması ve biyolojik davranışlar gösterir. Araştırmacıların çoğu dentigeröz ve radiküler kistlerde, kistin lümenindeki osmotik basıncın artması sonucu büyümenin devam ettiğine inanır. Bu mekanizma odontojenik keratokist için gerçek anlamı ile açık değildir. Odontojenik keratokistlerin büyümesi ya epitelin kendinde var olan ve bilinmeyen faktörlerle veya kistin fibröz duvarındaki enzimatik aktiviteyle ilgilidir. Bazı araştırmacılar odontojenik keratokistin bir kistten ziyade, benign kistik bir neoplazm olduğunu iddia ederler.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Klinik Bulgular: Odontojenik keratokistlerin görülme sıklığını tespit etmek için yapılan araştırmaların sonucunda çok değişik raporlar olmasına rağmen, bu konuda yapılan seri araştırmalarda odontojenik keratokistlerin bütün odontojenik kistler içerisinde %10-12 gibi bir oranla görüldüğü tespit edilmiştir.

Odontojenik keratokistler hem çocuklarda, hem de yaşlılarda ortaya çıkabilir. Vakaların % 60'ı 10 - 40 yaş arası hastalarda görülmüştür. Erkeklerde daha sık olan bu lezyon, % 60-80 gibi yüksek bir oranla mandibulada maksilladan daha sık görülür. Odontojenik keratokist mandibular kemikte özellikle posterior bölge ve ramusta, maksillada ise premolar bölgede daha sık oluşma eğilimindedir.

Küçük odontojenik keratokistler klinikte herhangi bir bulgu vermediklerinden, ancak rutin radyografik tetkiklerde ortaya çıkarlar. Daha büyük olan odontojenik keratokistlerde ise ağrı, şişlik, drenaj görülebilir. Buna rağmen çok daha büyük boyutta olan bazı kistler herhangi bir semptom vermeyebilirler.

Odontojenik keratokistler belirgin bir kemik ekspansiyonuna sebep olmadan, kemiğin medullar kavitesinin içinde antero-posterior yönde büyüme eğilimindedir. Bu özellik, genellikle kemik ekspansiyonuna sebep olan dentigeröz ve radiküler kistler ile odontojenik keratokistlerin muayenesinde, ayırıcı klinik ve radyolojik tanı da faydalı olabilir.

Çenelerde multiple odontojenik keratokistler oluşabilir ve böyle vakalar Nevroid Basal Cell Carcinom "Gorlin Sendromu" olarak değerlendirilir.

Radyografik Bulgular: Radyografik muayenede spesifik bir görünüm söz konusu değildir. Odontojenik keratokist, sınırları düzenli ve belirli olan radyolüsent alanlar şeklinde görülür. Ancak bazı odontojenik keratokistler kenarları dalgalı ve multiloküler bir görünüm verebilir. Özellikle mandibulanın posteriorunda ve ramusunda yer alan büyük lezyonlar multiloküler görünürler. Vakaların % 25-45'inde lezyon gömük bir diş içerebilir. Bu radyolojik görünümleri ile odontojenik keratokistler dentigeröz kist olarak değerlendirilebilir. Bu vakalarda kist dental lamina artıklarından doğar ve bu gömük dişin çok yakınında ilgili dişi çevreleyerek büyür. Odontojenik keratokistlerde komşu dişlerde görülebilen kök rezorpsiyonları, dentigeröz ve radiküler kistlerden daha az yaygındır.

Odontojenik keratokistlerde diağnoz, histopatolojik özelliklerinin incelenmesi temeline dayanır. Radyografik bulgular önemli oranda fikir vermesine rağmen diağnostik değildir. Odontojenik keratokistlerde radyografik bulgular, dentigeröz kiste, radiküler kiste, residüel kiste, lateral periodontal kiste ve hatta globülomaksiller kiste benzeyebilir.

Tedavi ve Prognoz: Odontojenik keratokistin klinik ve radyolojik olarak şüpheli olan tanısını doğrulayabilmek için histopatolojik tetkik gereklidir. Odontojenik keratokistlerin tedavisi genellikle, diğer odontojenik kistler gibi enükleasyon veya küretaj yolu ile yapılır. Kistin tamamı ile kaldırılması, kist duvarının zayıf, ince ve kırılgan olmasından dolayı çok zordur. Diğer odontojenik kistlerin aksine odontojenik

keratokist, sıklıkla tedavi sonrası nüks gösterme eğilimindedir. Odontojenik keratokistin tedavi sonrası aynı bölgede tekrar görülmesi, kist parçalarının tamamen çıkarılamaması sebebiyle de olabilir, o bölgede yeni bir kist gelişmiş de olabilir. Bu durum kesinlikle tespit edilemez.

Odontojenik keratokistlerin invaziv olmamalarına rağmen agresiv davranmaları ve rekürrens ihtimalinin çok fazla olması, bu kistlerin bir özelliğidir. Rekürrensin sıklığı hakkında farklı rakamlar bulunmaktadır. Rekürrens oranlarının değişik rakamlarla ifade ediliyor olması çalışılan vakaların sayısına, çalışılan sürenin uzunluğuna ve çalışma grubundaki ortokeratinize kistlerin çalışma grubuna dahil edilmeleri veya çıkarılmalarına bağlıdır. Ancak genelde rekürrens sıklığı % 30 olarak kabul edilebilir. Rekürrensler daha çok mandibular odontojenik keratokistlerde ve özellikle mandibulanın posterior ve ramusa doğru olan kısmında karşımıza çıkmaktadır. Multiple rekürrens alışılmış bir durum değildir. Bazı cerrahlar, enükleasyondan sonra yapılan kimyasal koterizasyonun veya periferik osteotominin rekürrensi azalttığını söylemektedirler. Odontojenik keratokistlerde rekürrens tedaviden sonraki 5 yıl içinde görülebilir, 10 yıl veya daha fazla bir süre sonra nüks pek görülmemektedir. Bu sebeple çok uzun bir hasta takibi gerekli değildir.

Odontojenik keratokistlerden doğan birkaç karsinoma vakası vardır. Fakat malign transformasyona maruz kalmak, odontojenik keratokistlerde doğal bir eğilim değildir. Ayrıca malign transformasyon odontojenik keratokistlerde, diğer odontojenik kistlere göre daha az bir sıklıkla görülmektedir. Odontojenik keratokistli hastalarda bu durum, nevoid basal hücreli karsinoma sendromunun bir belirtisi kabul edilmelidir.

Ortokeratinize Odontojenik Kist: Orijini: Ortokeratinize odontojenik kist, odontojenik kistlerin spesifik bir tipi değildir. Sadece bir odontojenik kistin mikroskopik olarak ortokeratinize epitel ile döşeli olduğunu gösterir.

Bazı araştırmacılar, ortokeratinize odontojenik kistlerin odontojenik keratokistin farklı bir biçimi olduğunu söylerler ve bu kisti odontojenik keratokistin ortokeratotik şekli olarak adlandırırlar. Ortokeratinize odontojenik kist çok az da olsa histopatolojik özellikleri, farklı klinik davranışları ile tipik bir odontojenik keratokistten ayrıldığı için günümüzde bu tanımlama şekli tartışmalıdır.

Klinik ve Radyolojik Bulgular: Ortokeratinize odontojenik kist klinik ve radyolojik özellikleri açısından, diğer iltihabi ve gelişimsel kistlerden farklı bir özellik göstermez.

Vakaların çoğu klinik ve radyolojik özellikleri ile tamamen dentigeröz kisti hatırlatan bir lezyon şeklinde karşımıza çıkar. Bu lezyonların çoğu sürmemiş mandibular üçüncü molar diş içerir.

Ortokeratinize odontojenik kistlerde görülen histopatolojik değişikliklere, bazen uzun süre tedavi edilmemiş radiküler kistlerde ve residüel kistlerde rastlanılmaktadır.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Tedavi ve Prognoz: Ortokeratinize odontojenik kistlerde enükleasyon ve küretaj alışılmış tedavi şeklidir. Rekürrens nadiren karşımıza çıkar ve % 30 nüks görülen odontojenik keratokistlerin aksine, bu kistlerin nüks oranı % 2'den azdır.

Kistin ortokeratinize yüzeyi malign transformasyon için aşık bir şekilde büyük risk taşımaktadır. Fakat malign transformasyon yönünde elde bulunan deliller çok yetersizdir.

Nevoid basal cell carcinoma syndrome [Gorlin syndrome] : Nevoid bazal hücreli karsinoma sendromu, kalıtsal ve kendisini çok değişken belirtilerle ortaya koyan otozomal dominant geçişli bir sendromdur. Bu sendromda deride; multiple basal hücreli karsinomlar, çene kistleri, kostalarda anomaliler, vertebral anomaliler, intrakranial kalsifikasyonlar görülür. Ayrıca bu sendromun belirtileri olabilecek başka birçok anomali, bu hastalarda rapor edilmiştir.

Klinik Bulgular: Nevoid bazal hücreli karsinoma sendromu kendisini çok değişken belirtilerle ortaya koyduğu için, hastalarda tek bir komponent ile ortaya çıkmaz.

Bu hastalar frontal ve temporoparietal kemiklerdeki çıkıntılar sebebi ile sıklıkla karakteristik bir yüze sahiptir ve yine bu çıkıntıların sonucunda kafatasının çevre uzunluğu artmıştır. Gözler iyice birbirinden ayrılmış gibi görünebilir ve hastaların % 40'ının gözlerinde gerçek hipertelorizm vardır. Orta derecede mandibular prognati yaygın olarak görülür.

Sendromun major komponentleri deri tümörleridir. Bu tümörler genellikle pubertada veya hayatın birinci ve ikinci dekadında ve öncelikle küçük çocuklarda ortaya çıkarlar. Tümörler ülseratif bir plaktan, et rengi bir papüle kadar çok çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilirler. Sıklıkla güneş ışığından direkt etkilenmeyen deride oluşmalarına rağmen en sık orta yüz bölgesinde meydana gelirler. Bu tümörlerin sayısı sadece birkaç taneden birkaç yüz taneye kadar değişebilir. Bu lezyonlar bazal epitel hücrelerinin gelişmelerinin lokalize olarak geri kalmasıyla oluşurlar. Ayrıca yine deride benign dermal kist ve tümörler, palmar ve plantar keratoz ve dermal kalsinozis görülür.

Bu sendromda hastaların % 60 - 75'inde iskeletsel anomaliler meydana gelir. İskeletsel olarak meydana gelen en yaygın anomali bifid kosta veya splayed kostadır. Bu anomali birkaç kostada meydana gelebileceği gibi, bilateral olarakta meydana gelebilir. Hastaların yaklaşık %50'sinde kambur ve bel kemiğinin yana doğru kıvrılması "kifoskolyoz" görülür. İskeletsel olarak metakarpallarda kısalma bu hastalarda alışılmadık sıklıkta görülür. Ayrıca bu hastaların anteroposterior kafa radyografilerinde, falks serebride görülen lameller kalsifikasyon hem ayırt edici, hem de dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum nevoid bazal hücreli karsinoma sendromlu hastaların çoğunda oluşur.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Çene kistleri, bu sendromlu hastaların büyük çoğunluğunda oluşan, en yaygın ve değişmez özelliklerden biridir. Bunlar multiple odontojenik keratokistlerdir.

Bu hastalarda dişlerde deformiteler ve yer değiştirmeler, dudak yarıkları oluşabilir, gözlerde hipertelorizm, konjenital körlük, şaşılık meydana gelebilir.

Bu sendromu taşıyan hastalarda nörolojik olarak, mental retardasyon, dural kalsifikasyon, korpus kallozumun agenezisi, konjenital hidrosefali ve medulloblastomalar alışılmadık sıklıkla meydana gelebilir.

Seksüel olarak da hipogonadizm ve kadınlarda over tümörleri görülebilir.

Radyografik bulgular: Nevroid bazal hücreli karsinoma sendromlu hastalardaki kistler, radyografik olarak izole keratokistlerden farklı bir görünüm arzetmez. Bu kistler genellikle gömülü bir dişin kuru ile ilgilidir ve radyografide dentigeröz kistleri taklit edebilir.

Tedavi ve Prognoz: Nevroid bazal hücreli karsinoma sendromundaki anomalilerin çoğu, önemi az olan ve hayatı tehdit etmeyen lezyonlardır.

Bu sendromda prognoz genellikle deri tümörlerinin davranışlarına bağlıdır. Birkaç vakada agresif bazal hücreli karsinomaların, beyine ve diğer vital yapılara invazyonu sonucu hastalarda ölüm görülmüştür.

Çene kistleri enükleasyon ile tedavi edilirler, fakat hastaların çoğunda ilave kistler gelişmeye devam eder. Multiple kistlerin tedavisi sonucunda, çenelerde çeşitli derecelerde deformiteler meydana gelir. Bu sendromu taşıyan hastalardaki kistlerin enfeksiyonu nispeten daha yaygındır.

Dentigeröz kist: Odontojenik kistlerin en yaygın görülen tipi olan dentigeröz kist orijini, dişin kuru formasyonu tamamlandıktan sonra, mine organının veya dental follikülün bağ dokusu duvarındaki epitelin kistik transformasyonu veya proliferasyonundan alır.

Kistin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bazı dentigeröz kistler mine organının stellate retikulumunun dejenerasyonu sebebi ile erken odontogenezise bağlı gelişebilir. Bu durumda kuru formasyonu tamamlanmadan önce kist ortaya çıkarsa ya primordial kist oluşur veya mine hipoplazisi gösteren bir diş içeren bir kist oluşur. Buna rağmen çoğu dentigeröz kiste dişlerin kuru formasyonlarını tamamlamışlardır.

Klinik Bulgular: Dentigeröz kist genellikle sürmemiş veya gömük kalmış bir dişin kuru ile bağlantılıdır. Bu kist çok büyük bir sıklıkla kalıcı dişlerle alakalıdır. Süt dişlerini ise çok nadir olarak içerebilir. Dentigeröz kist bazen kompleks compound bir odontomayı çevreleyebilir veya süpernumerer bir diş içerebilir. Kist mandibulada daha sık görülür. Bu kistin en yaygın görüldüğü bölge, mandibular ve maksillar üçüncü molar bölge ve maksillar kanin bölgesidir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık rastlandığı bildirilmiştir.

Küçük olan dentigeröz kistler genellikle tamamen asemptomatiktir ve rutin radyografik incelemelerde veya sürmemiş bir dişin sürememe sebeplerini tetkik ederken karşımıza çıkarlar. Dentigeröz kistler dikkat çekici ebatlara kadar büyüyebilirler. Büyük kistler çenelerde ilgili bölgede ağrısız şişliklere, daha büyükleri ise fasial asimetrilere sebep olabilirler. Daha büyük ebatlara ulaşan dentigeröz kistler yaygın değildir ve radyografik incelemede dentigeröz kist olarak düşünülen çoğu lezyonun daha sonra odontojenik keratokist veya ameloblastoma olduğu tespit edilir.

Dentigeröz kistler büyük bir ihtimalle kan yolu ile enfekte olabilir ve bu durum ağrılı bir şişliğe yol açabilir. Dentigeröz kistlerde oluşabilen bu enfeksiyona, yarı sürmüş bir diş veya komşu dişin periapikal, periodontal enfeksiyonları da sebep olabilir.

Radyografik Bulgular: Dentigeröz kist tipik olarak sürmemiş bir dişin krunu ile ilişkili uniloküler radyolüsent bir alan olarak görülür. Bu radyolüsent alan genellikle düzenli bir şekilde sınırlanmıştır ve sıklıkla sklerotik bir hatla çevrilidir. Ancak kist enfekte olmuş ise sınırları düzensiz olabilir. Ayrıca çok büyük olan dentigeröz kistler, radyolüsent alan içerisinde kalmış olan kemik trabeküllerinin etkisi ile multiloküler bir görünüme sahip olabilir. Buna rağmen dentigeröz kistler makroskobik ve histopatolojik olarak uniloküler lezyonlardır. Bu lezyonlar asla gerçek anlamda multiloküler olamazlar.

Dentigeröz kist ile ilgili dişin krunu arasındaki ilişki birkaç radyografik varyans gösterir. Bunlardan en yaygını santral tiptir. Santral tipte, kist dişin krununun etrafını sarmıştır ve krun tamamı ile kistin içindedir. Lateral tipte, radyolüsent alan dişin lateralinde görülür. Diğer bir tip dentigeröz kist ise sirküferensiyel tip dentigeröz kisttir. Burada kist dişin krununu, oklüzal yüzeyi içine almadan çevrelemiştir. Bu dişler sürebilir.

Dentigeröz kistler oluştukları bölgede dişlerin sürmesine engel oldukları gibi içerdikleri dişlerin yer değiştirmelerine de sebep olurlar. Mandibulada özellikle üçüncü molar dişler mandibula tabanına doğru veya ramusa doğru yer değiştirebilir. Maksillada anterior dişler burun tabanına doğru, diğer dişler bulundukları bölgeye göre maksiller sinüse veya orbita tabanına doğru yer değiştirirler. Dentigeröz kistler içerdikleri dişleri çok uzak mesafelere itebilirler.

Dentigeröz kistler vakaların % 50'sinde, ilişkili olduğu sürmüş komşu dişlerin köklerinde rezorpsiyona sebep olabilir. Bu oran diğer odontojenik kistlerin sebep olduğu kök rezorpsiyonları sıklığından daha yüksektir.

Radyografik incelemelerde, sürmemiş bir dişin krunu etrafındaki genişlemiş follikül ile küçük bir dentigeröz kisti birbirinden ayırmak çok zordur. Bazı araştırmacılar, bir lezyona radyografik olarak dentigeröz kist diyebilmek için radyolüsent alanın en az 3-4 mm çapında olması gerektiğine inanırlar.

Dentigeröz kistte bulgular diagnostik değildir. Radyografide odontojenik keratokist, uniloküler ameloblastoma, adenomatoid odontojenik tümörler, ameloblastik

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

fibrom ve diğer birçok non-odontojenik veya odontojenik tümör radyografik olarak dentigeröz kistle aynı görüntüyü verir.

Tedavi ve Prognoz: Geleneksel tedavisi, dikkatli bir şekilde yapılan enükleasyondur. Kist, ilişkisi olan sürmemiş dişle birlikte çıkarılır. Eğer kistin içerdiği dişin sürme ihtimali varsa, kistin duvarı parsiyel olarak çıkarıldıktan sonra diş yerinde bırakılır. Bundan sonra dişin sürebilmesi için ortodontik yardıma ihtiyaç duyabilir.

Büyük boyutlara ulaşan dentigeröz kistlerin marsupyalizasyon ile tedavisi gerekebilir. Bu tedavi şekli kistin baskısı sonucu oluşan kemik defektinin boyutlarının azalmasına yol açar. Böylece daha sonra yapılacak olan cerrahi işlemlerde daha az bir alana müdahale yapılmış olur.

Dentigeröz kistlerin çoğunda prognoz çok iyidir. Kistin tamamen çıkarılmasından sonra nüks çok nadirdir. Bu duruma rağmen birkaç potansiyel komplikasyon düşünülmelidir. Dentigeröz kistler “ameloblastoma” gibi neoplastik transformasyona uğrayabilirler. Bu neoplastik transformasyonun sıklığı azdır, fakat görülebilmektedir. Squamoz hücreli karsinom nadiren dentigeröz kisti döşeyen tabakadan doğabilmektedir. Aynı şekilde intraosseöz mukoepidermoid karsinoma da dentigeröz kisti döşeyen tabakanın müköz hücrelerinden gelişebilir.

Erüpsiyon kisti (erüpsiyon hematomu): Erüpsiyon kisti dentigeröz kistin yumuşak dokuda görülen benzeridir. Bu kist alveol kemiğinin üzerini kaplayan yumuşak dokunun içinde bulunan bir dişin kuronunun etrafında meydana gelir.

Klinik Bulgular: Erüpsiyon kisti kalıcı veya süt dişinin kuronunu örten gingival mukozada yumuşak, sıklıkla translüsent bir şişlik şeklinde görülür. Çoğu vaka, on yaş altı çocuklarda meydana gelir. Lezyon sürmekte olan herhangi bir dişte görülmesine rağmen, sıklıkla mandibular molar bölgede görülür. Yüzey travması sonucu morumsu veya kahverengi kist sıvısı akar.

Tedavi ve Prognoz: Çoğu zaman tedavi gerektirmez. Çünkü genellikle kendiliğinden yırtılır ve dişin sürmesine izin verir. Erüpsiyon kisti kendiliğinden açılmazsa, basit bir insizyon ile dişin hızlı bir şekilde sürmesi sağlanır.

Lateral periodontal kist: Lateral periodontal kist bütün epitel kaplı odontojenik kistlerin içinde % 2 oranında görülen, nadir gelişimsel odontojenik tümörlerdendir.

Lateral periodontal kistin histogenezisi şüphelidir, fakat bu kistin dental lamina artıklarının proliferasyonundan oluştuğuna inanılır. Başka bir deyişle lateral periodontal kist, lateral kök yüzeyi boyunca uzanan mine epitelinin proliferasyonundan doğar.

Klinik Bulgular: Lateral periodontal kistler çoğunlukla asemptomatik lezyonlardır ve çoğu zaman sadece radyolojik incelemeler esnasında farkedilirler.

30 yaş üzeri hastalarda ve erkeklerde daha sık olarak karşımıza çıkarlar. Çoğunlukla mandibular kanin ve premolar bölgede oluşurlar. En az yaygın olduğu bölge ise maksillar lateral bölgedir.

Radyografik Bulgular: Kist radyogramda vital olan bir dişin kökünün lateralinde lokalize olmuş, iyi sınırlı radyolüsent bir alan halinde görülür. Çoğu vakada lezyonun çapı 1 cm'den daha küçüktür.

Kist radyografide bazen multiloküler radyolüsent bir görünüme sahip olabilir. Bu kistler mikroskobik ve makroskobik incelemelerde küçük kistlerin kümeleri "grape-like" halinde görülürler. Bu lezyonlar genellikle lateral periodontal kistin farklı bir şekli olarak değerlendirilir. Botryoid tip bazen radyografide uniloküler olarak görülebilir, fakat mikroskobik incelemelerde multiple kistlerin kümeleri görülür.

Lateral periodontal kistin radyografik özellikleri diagnostik değildir. Komşu dişlerin kökleri arasında gelişen bir odontojenik keratokist, aynı radyografik bulguları gösterebilir. Yine periodontal enfeksiyondan doğan veya bir dişin kökündeki aksesuar foramen ile ilişkili olarak kökün lateralinde oluşan enfeksiyonel radiküler kist, lateral periodontal kisti radyografik olarak taklit edebilir.

Tedavi ve Prognoz: Lateral periodontal kistin en iyi tedavi şekli konservatif enükleasyondur. Bu tedavi genellikle komşu dişlere bir zarar vermeksizin başarılıdır.

Botryoid tip ile ilgili raporlar olmasına rağmen, rekürrens alışılmadık bir durumdur.

Kalsifiye odontojenik kist "gorlin kisti": Kalsifiye odontojenik kist yaygın olmayan, önemli histopatolojik çeşitlilik ve farklı klinik davranışlar gösteren bir lezyondur.

Bir kist olarak değerlendirilmesine rağmen, bazı araştırmacılar bu lezyonu bir neoplazm olarak sınıflandırmayı tercih ederler.

Bazı kalsifiye odontojenik kistler non-neoplastik kist olarak ortaya çıkar. Bu grubun diğer üyeleri, dentinojenik ghost cell tümör, epitelyal odontojenik ghost cell tümör veya ghost cell tümör olarak isimlendirilirler ve bunlar kistik özelliklere sahip değildirler. Bu lezyonlar infiltratif veya malign olabilirler ve bir neoplazm olarak kabul edilirler.

Kalsifiye odontojenik kist diğer bilinen odontojenik tümörler (yaygın olarak odontoma) ile ilgili olabilir. Ayrıca adenomatoid odontojenik tümör ve ameloblastomalar ile de ilgili olabilir.

Bu kistlerin en önemli özelliği, histopatolojik olarak tespit edilen epitelyal komponentler içerisinde çok çeşitli sayılarda bulunan hayalet hücrelerdir "ghost cell". Bu sebeple bu lezyonu dentinojenik ghost cell tümör olarak adlandıranlar da vardır.

Klinik Bulgular: Kalsifiye odontojenik kist büyük oranda intraosseöz bir lezyondur. Bu kistlerin periferik "extraosseöz" olarak ortaya çıkma oranlarının ise yaklaşık %20 olduğu rapor edilmiştir.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Bu lezyonların hem intraosseöz hem de ekstraosseöz tiplerinin mandibula ve maksillada görülme sıklığı ise eşittir. Vakaların % 65'i kesici ve kanin bölgelerinde görülmektedir. Lezyon bebeklikte veya daha ileri yaşlarda görülebilir, vakaların çoğu hayatın 2. ve 3. dekadında görülür. Kalsifiye odontojenik kistin nadir olan neoplastik şekilleri daha çok yaşlı hastalarda ortaya çıkar. Fakat bu konuda raporlar çok azdır.

Ekstraosseöz kalsifiye odontojenik kistler, dokuya yapışık veya saplı gingival kitleler halindedir. Bu kitleler yaygın olarak görülen diğer gingival fibromalara, gingival kistlere veya periferik dev hücreli granülomalara benzerler ve ayırıcı bir klinik özelliği yoktur.

Radyografik Bulgular: İntraosseöz “santral” kalsifiye odontojenik kist, radyografide genellikle uniloküler, düzenli, sınırlı radyolüsent bir alan şeklinde görülmesine rağmen, bazen multiloküler olarak da görülebilir. Vakaların yaklaşık % 50'sinde lezyonun içinde radyoopak yapılar görülür. Bu radyoopak yapılar ya düzensiz kalsifikasyonlardır veya diş benzeri oluşumlardır. Bu lezyonların yaklaşık üçte biri sürmemiş bir diş ile alakalıdır ve bu diş çoğunlukla kanindir.

Kalsifiye odontojenik kistlerin çapı 2 - 4 cm arasında değişir. Fakat çok büyük çaplara ulaşan (12 cm gibi) lezyonlar da rapor edilmiştir.

Bu lezyonlar komşu dişlerde kök rezorpsiyonuna veya dişlerin birbirinden uzaklaşmasına sebep olabilirler.

Tedavi ve Prognoz: Kistik kalsifiye odontojenik kistli hastalarda prognoz iyidir. Sadece basit enükleasyondan sonra birkaç rekürrens rapor edilmiştir. Neoplastik tip kalsifiye odontojenik kistlerin prognozu ile ilgili bilgiler, bu lezyonlar çok nadir olarak görüldüğü için yeterli değildir. Periferik neoplastik kalsifiye odontojenik kistin basit cerrahi eksizyondan sonra rekürrensi ise çok düşük bir ihtimaldir.

İntraosseöz odontojenik ghost cell tümörün agresif davranışları hakkında çok kesin bir şey söylemek, elde bulunan vakaların azlığı sebebi ile mümkün değildir. Lezyonun vital organlara invazyonu ve metastazı ile ilgili az sayıda rapor vardır.

Kalsifiye odontojenik kist, eğer diğer bilinen herhangi bir odontojenik tümör ile alakalı ise (ameloblastoma gibi) tedavisi ve prognozu ilgili tümörle aynıdır.

Glandular odontojenik kist: Nadir olarak karşımıza mikroskobik olarak bilinen klasifikasyona uymayan çene kistleri çıkabilir. Bu lezyonlar önceleri *mukoepidermoid odontojenik kist* veya *sialo odontojenik kist* olarak isimlendirilirdi. Daha sonra bu lezyonun glandüler farklılaşma göstermesi sebebiyle, glandüler odontojenik kist olarak isimlendirilmesi uygun bulunmuştur. **Orijini:** Bu kistin odontojenik orijinli olduğu açıkça bellidir, fakat patogenezi bilinmemektedir.

Klinik Bulgular: Çok ender görüldüğünden glandüler odontojenik kist ile ilgili bilgiler fazla güvenilir değildir. Bu sebeple hangi yaşta görüldüğü, cinsiyet tercihi veya yaygın olarak lokalize olduğu bölge konusunda kesin bilgi yoktur. Eldeki

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

bilgilere göre yetişkinlerin mandibulalarında lokalize olmaktadır. Küçük glandüler odontojenik kistler asemptomatiktir, büyük kistler kemikte ekspansiyon yapabilirler.

Radyografik Bulgular: Lezyon uniloküler veya multiloküler radyolüsent bir alan halinde görülebilir. Bu radyolüsent alanın sınırları genellikle düzenlidir ve sklerotik bir hatla çevrilidir.

Tedavi ve Prognoz: Glandüler odontojenik kistlerin tedavisi lokal küretajdır. Bazı vakalarda küretaj sonrası rekürrens görülmüştür.

Bu kistlerin prognozu birkaç nüks olayı dışında iyidir.

İltihabi Odontojenik Kistler:

Periapikal kist (radiküler kist, apikal periodontal kist): Non-vital bir dişin apeksindeki epitelin, kök kanalından gelen iltihap tarafından stimüle edilmesi ile oluşan gerçek epitel döşeli kistlerdendir. Buradaki epitelin kaynağı genellikle malessez epitel artıklarıdır. Ayrıca periapikal kist, fistül kanalını döşeyen epitelden veya bölgede oluşan iltihap boşluğunu döşeyen epitelden de gelişebilir.

Periapikal kist çok yaygın olarak gelişen lezyonlardan biridir. Çeşitli raporlara göre, periapikal bölgede görülen radyolüsent lezyonların % 50'ye yakını periapikal kisttir. Konservatif - endodontik tedaviye cevap vermemiş lezyonlardan, dokuyu tekrar ele geçirmiş olanlarının geniş bir şekilde gözden geçirilmesi sonucu, periapikal kistin prevalansının yaklaşık %35 olduğu ve maksillada daha sık olarak olduğu tespit edilmiştir.

Periapikal kistler, lümeni epitel döşeli fibröz bağ dokusunun oluşturduğu bir duvara ve akıcı hücreli artıklar içeren bir lümene sahiptir. Lümeni döşeyen epitelin içerdiği protein artmıştır ve desquamatif epitel gibidir. Lümenin içindeki sıvı osmotik basıncı dengelemeye çalışır ve yavaş bir büyüme oluşur. Çoğu periapikal kist yavaş büyür ve çok büyük boyutlara ulaşmaz.

Bazen lateral radiküler kist olarak adlandırılan benzer bir kist, kökün lateral yüzeyi boyunca ortaya çıkabilir. Bu kistde periapikal kist gibi malessez epitel artıklarından doğar ve burada enfeksiyonun kaynağı periodontal hastalıklar veya pulpası nekroz olan bir dişin lateral forameninden yayılan enfeksiyon olabilir. Bu kistler radyografik olarak, gelişimsel kistlerden lateral periodontal kist ile aynı görüntüyü verir.

Histopatolojik olarak ise iltihabi orijinli kistlerle benzer bulgular verirler.

Enfeksiyonel periapikal kist ile ilgili olan bir dişin çekiminden sonra, periapikal doku kürete edilmezse, bu bölgede oluşan iltihabi kiste residüel periapikal kist denir. Residüel periapikal kistlerde zamanla iltihabi stimulusun kaybolmasına bağlı olarak, boyutlarında küçülme görülebilir.

Klinik ve Radyografik Bulgular: Bu kistler akut enfeksiyona yol açacak bir durum gelişmedikçe semptomsuz kistlerdir. Fakat kist büyük boyutlara ulaşırsa, şişlik ve orta derecede hassasiyet oluşabilir. Kistin

büyümesine bağlı olarak komşu dişlerde hareketlilik ve yerinden oynama görülebilir. İlgili diş elektriki pulpa testine ve termal testlere cevap vermez.

Periapikal kistlerin radyografisinde çeşitli boyutlarda olabilen bir radyolüsent görüntü vardır ve çoğu vaka rutin radyografik incelemelerde tespit edilir. Kistler çok küçük boyutlarda da gelişebileceği için, radyografide görülen radyolüsent alanın boyutları diagnoz için kesinlikle kullanılamaz.

Komşu kökler boyunca lamina dura kaybı vardır, etkilenen dişin etrafı radyolüsent yuvarlak bir alan tarafından çevrilmiştir. Kök rezopsiyonu yaygın olarak karşımıza çıkar.

Periapikal kistlerde bazen önemli oranda bir büyüme mümkündür, yarım çeneyi tamamıyla işgal eden vakalar bildirilmiştir.

Periapikal kist radyografik olarak periapikal granüloma ile aynı görüntüyü verir. Periapikal kistler çoğunlukla periapikal granülomalardan daha büyük boyutlara ulaşabilir, fakat ne lezyonun boyutu ne de şekli kesin bir diagnostik kriter oluşturmamaktadır.

Lateral Radiküler Kist: Lateral radiküler kist kökün lateral yüzeyi boyunca oluşan bir radyolüsent alan olarak kendini ortaya koyar. Cerrahi müdahaleden önce, komşu dişlerin periodontal durumları ve vitaliteleri çok iyi bir şekilde incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

Tedavi ve Prognoz: Tedavi şekli lezyonun klinik ve radyolojik özellikleri göz önüne alınarak belirlenir. Dişin çekimi veya endodontik tedavi tercih edilebilir. Daha büyük lezyonlar, konservatif – endodontik tedavi ile kombine yapılan marsupyalizasyon, dekompresyon veya fenestrasyon ile tedavi edilirler ve biyosi yapmak gerekir.

Herhangi bir periapikal iltihabi lezyondan şüphelenilirse, en az bir veya iki sene bu lezyonun çok iyi bir şekilde takip edilmesi uygun olacaktır.

Bu lezyonlarda endodontik tedavi sonrası lezyon ilk durumuna göre daha küçük görünüyorsa, yenilenecek bir endodontik tedavi büyük sıklıkla tedaviye ulaşmada başarılı olacaktır. Fakat yeterli derecede endodontik tedavi yapılmış ve lezyonda iyileşmeye yönelik bir bulgu elde edilememiş ise, diğer muhtemel periapikal lezyonları da göz önünde bulundurmak periapikal cerrahi ve biyopsi yapmak gerekir. Endodontik tedavi sonrası yapılan hasta takibinde, lezyon hala büyüme eğiliminde ise yine biopsi yapılması gerekmektedir.

Residüel Periapikal Kist: Residüel periapikal kistler, daha önce çekilmiş bir dişin yerinde, alveol kemiğinin içinde oluşan kistlerdir. Maksillada daha sık görülür. Klinik olarak asemptomatiktir. Teşhiste anemnez önemlidir. Hasta lezyonun bulunduğu bölgeden diş çektirdiğini söyler.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Radyografik muayene: Bu kistler radyografide dişsiz bölgede oval veya yuvarlak ve çeşitli boyutlarda radyolüsent görüntü verirler. Çok ender olmakla birlikte multiloküler de olabilir.

Odontojenik kistlerden doğan karsinomalar: Kemiğin içinden doğan ve sadece çene kemiklerinde sınırlı olan karsinomalar nadirdir. Çenelerde oluşan bu tip karsinomaların odontojenik epitelden meydana geldiği düşünüldüğü için, bu intraosseöz çene karsinomalarının tümü odontojenik karsinomalar olarak bilinir.

Çoğu intraosseöz karsinomanın odontojenik kistlerden orijinini aldığı ve odontojenik kistlerden meydana gelen karsinomaların sayısının tahmin edilenden daha fazla olduğu bildirilmiştir. Çeşitli çalışmalarda, oral ve maksillofasiyal patoloji kliniklerinde görülen tüm oral kavite karsinomalarının %1-2'sinin odontojenik kistlerden orijinini aldığı bildirilmiştir. Odontojenik kistlerden doğan karsinomaların patogenezi bilinmemektedir. Odontojenik kistleri kaplayan kapsülün iç yüzeyi, histopatolojik olarak epitelyal displazinin değişik derecelerini ve muhtemelen karsinoma oluşturan benzeri değişiklikleri gösterir.

Klinik Bulgular: Kistlerden doğan karsinomalar geniş bir yaş grubunda görülebilmese rağmen sıklıkla yaşlılarda görülür. Bu lezyonlar erkeklerde kadınlardan yaklaşık iki kat daha yaygındır.

Ağrı ve şişlik çok yaygın olarak görülen şikayetlerdir. Buna rağmen birçok hastada herhangi bir şikâyet olmaksızın gelişebilir ve karsinoma teşhisi, odontojenik kist olarak değerlendirilen bir lezyonun mikroskopik incelemesinden sonra konur.

Radyografik Bulgular: Bu lezyonlarda radyografik bulgular, lezyonun sınırları genellikle düzensiz “ragged” olsa da herhangi bir odontojenik kiste benzer.

En yaygın karsinomatöz transformasyon gösteren kist, residüel periapikal kisttir, bu kisti dentigeröz kist takip eder. Ayrıca odontojenik keratokist ve lateral periodontal kistlerden de karsinomaların orijinini aldığı görülmüştür.

Tedavi ve Prognoz: Kistlerden doğan karsinomalı hastaların tedavisi, lokal blok eksizyon, radikal rezeksiyon, radyoterapi veya yardımcı tedavi olarak kemoterapi ile yapılır.

Prognoz hakkında kesin değerlendirme, vaka raporlarının eksiklikleri ve yetersiz takip sebebiyle zordur. Çeşitli çalışmalar, vakaların yaklaşık % 50'sinin tedavi sonrası 5 yıllık hayatta kalma süresi olduğunu göstermiştir.

Birkaç vakada bölgesel lenf bezlerine metastaz görülmüştür.

Developmental kistler “non-odontojenik kistler”

Baş ve boyun bölgesinde çok sayıda ve farklı gelişimsel kist oluşabilir. Bu kistlerin bazıları, embriyonel yarıkların birleşmesi esnasında kalan epitel artıklarından doğarlar ve bu kistlere fissural kistler denir. Bu kistlerin patogenezi hala kesin olarak bilinmemektedir.

Oral ve maksillofasiyal bölgede gelişen fissural kistler yavaş büyüme eğilimindedirler.

Nazopalatin duktus kisti (insisiv kanal kisti): Nazopalatin duktus kisti oral kavitede görülen non-odontojenik kistlerin en yaygınıdır. Popülasyonun yaklaşık % 1'inde meydana gelir. Bu kistin nazopalatin duktusun epitel artıklarından meydana geldiğine inanılır. Nazopalatin duktus, insisiv kanal bölgesinde oral ve nazal kaviteyi birbirine bağlayan embriyolojik bir yapıdır.

Klinik Bulgular: Nazopalatin duktus kisti hemen her yaşta ortaya çıkabilir, fakat yoğun olarak görüldüğü yaş 40-60 yaş arasındır. Nazopalatin duktus kisti bir gelişim kisti olmasına rağmen, hayatın ilk dekadında nadir olarak görülür. Erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Yaygın semptomlar anterior damakta şişlik, drenaj ve ağrıdır. Nazal tarafta yer alan kistlerde, bazen rinoskobik olarak burun tabanında bir kabarıklık görülür. Buna *Gerber tümseği* denir. Hastalar bazen şikayetlerinin çok uzun süredir var olduğunu söylerler, fakat muhtemelen bu şikayetler aralıklarla meydana gelmektedir.

Bazı lezyonlar asemptomatik olabilir ve rutin radyografik muayenelerde tespit edilirler. Bazen kist çok büyüyebilir ve tamamen fluktuan bir kitle halinde karşımıza çıkabilir. Bu fluktuan ekspansiyon anterior damak ve labial alveoler mukozayı içerir.

Radyografik Bulgular: Radyografide düzenli bir şekilde sınırlanmış, ya anterior maksillanın orta hattının yakınında veya santral kesici dişlerin apikalinde radyolüsent görüntü verir. Lezyon büyük oranda yuvarlak veya ovaldır ve sklerotik bir hatla çevrilidir. Kök rezorpsiyonu nadiren oluşabilir. Bazı kistler komşu dişlerin köklerinin mukavemeti sonucu ters dönmüş bir armut şeklinde görülebilir. Bu kistler kalp biçiminde de karşımıza çıkabilirler. Bu lezyonların kalp şeklinde görülmeleri spina nazalisin süperpozisyonuna veya nazal septumun çıkıntılı olmasına bağlıdır.

Nazopalatin duktus kistinin radyografik çapı 6 mm'den daha küçük veya 6 cm'den daha büyük ve yıkıcı özellik gösteren bir durum alabilir. Ortalama çapları 1.5-2 cm arasındadır. Bazen insisiv foramen konjenital olarak geniş teşekkül etmiş olabilir. Bu yanlışlıkla kist olarak değerlendirilmemelidir. Burada önemli olan küçük bir nazopalatin duktus kisti ile büyük bir insisiv forameni birbirinden ayırt etmenin zorluğudur. İnsisiv foramen için normal çapın üst sınırı 6 mm olarak kabul edilir ve 6 mm veya daha küçük çaptaki radyolüsent görüntüler, diğer klinik belirtiler veya semptomlar yok ise genellikle normal olarak kabul edilir.

Nazopalatin duktus kisti nadiren kemikle hiçbir ilişkisi olmaksızın, insisiv papillanın yumuşak dokusunda gelişebilir. Bu lezyonlar insisiv papilla kisti olarak adlandırılır. Bu kistler sıklıkla kist lümeninin ihtiva ettiği sıvı sonucunda mavimsi renkte gözlemlenir.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Tedavi ve Prognoz: Nazopalatin duktus kisti cerrahi enükleasyon ile tedavi edilir. Bu kistler diğer benign ve malign lezyonlara benzediği için radyografik diagnoz çok kesin olamayacağından, bu lezyonlarda biopsi tavsiye edilmektedir.

Bu lezyona en iyi şekilde anterior maksillar dişlerin lingual gingival hududu boyunca yapılan insizyon ve palatal flep ile yaklaşılır.

Bu lezyonlarda rekürrens nadirdir.

Nazolabial kist - nazoalveoler kist: Az görülen gelişim kistlerinden olan nazolabial kist, üst dudağın orta hattının lateralinde oluşur. Oluşmasında iki önemli teori öne sürülmesine rağmen, patogenezi tam olarak bilinmemektedir. İlk teoriye göre; fissural bir kist olan nazolabial kist, maksillanın gelişiminde medial nasal ve lateral nasal süreçlerin birleşmesi esnasında, bu kısımların arasındaki hat boyunca gömük kalan epitelden doğar. İkinci teoriye göre, bu kistler nazolakrimal duktus epitelinin yanlış yerleşiminden gelişir. Bunu düşündüren sebep ise histolojilerinin ve lokasyonlarının benzer olmasıdır.

Klinik Bulgular: Bu kistler genellikle üst dudağın orta hattının lateralinde bir şişlik ile kendilerini gösterirler. Bu şişlik sonucu burunun kanadı yükselir. Bölgede meydana gelen genişleme nazo-vestibül mukozayı yükseltir ve maksillar mukolabial kıvrım kaybolur. Bazen bu ekspansiyon sonucu, nazal obstrüksiyon veya protezlerin uyumunda problemler meydana gelebilir.

Ağrı, sekonder enfeksiyon meydana gelmedikçe nazolabial kistte yaygın bir bulgu değildir.

Nazolabial kist kendiliğinden yırtılabilir ve oral kaviteye veya buruna drene olabilir.

Nazolabial kistler erişkinlerde çok yaygın olarak görülür. En sık görüldüğü yaşlar 30 ile 40 yaşlarıdır. Kadınlarda erkeklere göre üç kat daha fazla görülür. Vakaların yaklaşık %10'u bilateral olarak meydana gelmektedir. Nazolabial kistlerin ayırıcı tanısında, özellikle bu kistler enfekte olmuşlarsa yanlışlıkla akut dentoalveolar apselerle karıştırılabilirler. Dişlerin vital olması nazolabial kistleri düşündürür.

Radyografik Bulgular: Nazolabial kistler yumuşak dokuda meydana geldikleri için çoğu vakada radyografik değişiklikler yoktur. Nadiren alttaki kemikte basınç sebebi ile rezorpsiyon oluşabilir. Bu durumda orta çizginin bir tarafında, sınırlı radyolüsent görüntü verir.

Tedavi ve Prognoz: Kistin tedavisi ağız içinden yaklaşılarak yapılan cerrahi eksizyondur. Lezyon sıklıkla burun tabanına çok yakındır ve tedavide total eksizyonu garanti edebilmek için, burun mukozasının bir kısmını feda etmek gerekir. Rekürrens nadirdir.

Globulomaksillar kist: Globulomaksillar kist maksillar süreç ile medial nazal sürecin globuler parçasının birleşmesi esnasında gömük kalan epitelden doğar.

Fakat medial nazal proçesin globuler parçası ile maksillar proçes aslında birleşmiş olduğu için, yeniden böyle bir birleşme oluşamayacağı da öne sürülmektedir. Böyle bir durumda bölgenin embriyolojik gelişimi esnasında epitelyal gömülme olamaz. Bu sebeple globulomaksiller kistin oluşumu ile ilgili öne sürülen kavramlar tartışmalıdır. Günümüzde daha geçerli olan teori, globulomaksillar bölgede gelişen kistlerin hepsi değilse bile, çoğunun odontojenik orijinli olduğu doğrultusundadır. Bunun için bazı yazarlar bu kistleri odontojenik kistler grubuna dahil ederler.

Klinik Bulgular: Globulomaksillar kist klasik olarak maksillar lateral kesici ve kanin dişleri arasında gelişir. Bu kist nadiren lateral ve santral dişler arasında da gelişebilir. Çoğunlukla asemptomatiktir. Kist genişlerken dişlerin köklerini birbirinden ayırır ve bunun sonucu kronlar birbiri üzerine gelir.

Radyografik Bulgular: Radyografide tipik olarak iyi sınırlanmış, ilgili dişlerin apikalinde ve kökleri arasında yer alan uniloküler radyolüsent bir görüntü verir. Bu radyolüsent görüntü sıklıkla dişlerin kökleri arasında sıkışıp yayıldığı için ters dönmüş bir armut veya gözyaşı damlasına benzeyebilir. Bu lezyon dişlerin köklerinin ucunda da görülebilir.

Ayırıcı tanısı, lateral periodontal kist, lateral dentigeröz kist, dev hücreli granuloma, adenomatoid odontojenik tümörler, cerrahi defektler ve anatomik varyasyonlarla yapılır.

Tedavi ve Prognoz: Globulomaksillar kistler genellikle cerrahi olarak enükleasyonla tedavi edilirler. Kist eğer komşu nonvital bir diş ile ilişkili ise, ayrıca endodontik tedavi yapılmalıdır.

Prognoz kistin spesifik histopatolojik tipine bağlıdır. Odontojenik keratokist haricinde rekürrens potansiyeli düşüktür.

Yeni doğanların palatal kisti (Epstein's Pearls, Bohn's Nodules, Palatal Cysts of the Newborn): Yeni doğmuş bebeklerin damaklarında yaygın olarak bulunur. Bu tip inklüzyon kistleri teorilere göre iki yoldan doğabilirler. Bu teorilerden birincisi; damağın oluştuğu embriyolojik hayat döneminde, orta hatta palatal çıkıntılar karşılaştıkları ve birleştikleri zaman küçük epitel adacıkları, palatinal orta hat boyunca yüzeyin altında kalabilirler ve bu adacıklardan bu kistler doğabilir. İkinci teoriye göre; bu kistler palatinal bölgenin minör tükürük bezlerinin gelişiminden türemiş epitel artıklarından doğabilirler.

Bu kistlerden *Epstein's pearl's (Epstein incileri)* palatal orta hatta oluşurlar ve muhtemelen palatal parçaların birleşmesi esnasında, bu bölgede orta hat boyunca kalan epitel artıklarından doğarlar.

Bohn's nodülleri sert damak yüzeyine saçılmışlardır ve daha sık bir şekilde yumuşak damakla sert damağın birleştiği bölgede görülürler. Bohn's nodüllerinin minor tükürük bezlerinden kalan epitel artıklarından doğduğuna inanılır.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Her iki terim literatürlerde, hem birbirlerinin yerine, hem de dental lamina orijinli bir lezyon olan ve benzer görünen yeni doğanların gingival kistlerini tarif ederken kullanılmıştır. Bu sebeple yeni doğanların gingival kistleri ile yeni doğanların palatal kistlerini birbirinden ayırt etmek gerekir.

Aynı zamanda Epstein's incileri veya Bohn's nodülleri sert ve yumuşak damağın birleşme yerinde, orta hatta çok yakın bir bölgede oluştukları zaman, klinik olarak bölgede kalan epitelden veya gelişmekte olan minör tükürük bezlerinden doğup doğmadıklarını anlamak zordur.

Klinik Bulgular: Yeni doğanların palatal kistleri oldukça yaygındır ve görülme sıklığının % 65 - 85 arasında olduğu rapor edilmiştir.

Bu kistler küçük (1 - 3 mm arasında), sarımsı beyaz papüllerdir. Sıklıkla orta hatta, yumuşak ile sert damak birleşme bölgesine yakın olarak görülürler. Bazen daha anterior yerleşimde raphe boyunca veya posterior damakta orta hattın lateralinde oluşabilirler. Tek bir lezyon şeklinde oluşurlar, fakat sıklıkla 2 veya 6 kistin oluşturduğu bir küme şeklinde karşımıza çıkarlar.

Tedavi ve Prognoz: Yeni doğanların palatal kistleri zararsız ve tedavi gerektirmeyen lezyonlardır. Kendiliğinden iyileşen bu lezyonlar, nadiren doğumdan sonraki birkaç hafta gözlemlenebilirler.

Mukozal yüzeyde bulunan epitelin dejenerasyonu veya kist duvarının parçalanması sonucu bu kistlerin keratin muhtevaları açığa çıkar.

Median palatal “palatin” kist: Median palatal kist, maksillanın lateral palatal çıkıntılarının birleştiği embriyonik hat boyunca, gömük kalan epitelden gelişen nadir fissural kistlerdendir. Sert damağın orta çizgisi üzerinde ve arka kısmında görülür.

Bu kisti nazopalatin duktus kistinden ayırt etmek zor olabilir. Median palatal kist çoğu zaman nazopalatin duktus kistinden daha posteriora yer almaktadır. Bu lokalizasyon şekli ile bu iki kist birbirinden ayırt edilebilmektedir. Fakat nazopalatin duktus kistinin bazen daha posteriora, median palatin kistinin ise daha anteriorda yer alması tanı konurken hata yapılmasına yol açabilmektedir.

Klinik Bulgular: Median palatal kist sert damağın posteriorunda, orta hat üzerinde sert veya fluktuan bir şişlik halinde görünür. Lezyon çoğunlukla genç hastalarda ortaya çıkar. Sıklıkla asemptomatiktir, fakat bazı hastalarda ağrı veya ekspansiyon şikâyeti ortaya çıkabilir.

Radyografik Bulgular: Oklüzal radyografilerde, düzenli sınırlara sahip olan ve sert damağın orta hattı üzerinde yer alan radyolüsent bir görüntü verir.

Bazı vaka raporlarında, median palatal kistin santral kesicilere çok yakın bir şekilde geliştiği ve hatta bu dişlerin uzaklaşmalarına sebep olduğu belirtilmiştir. Bu tip vakalarda nazopalatin duktus kistini göz ardı etmek zor olacaktır.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Gerçek bir median palatal kist yapacağı baskı sebebi ile damağın klinik genişlemesine sebep olur. Ekspansiyon belirtileri olmaksızın orta hatta bulunan radyolüsent görüntü muhtemelen nazopalatin duktus kistidir.

Tedavi ve Prognoz: Median palatal kist cerrahi olarak çıkarılır. Rekürrens pek beklenen bir durum değildir.

Median mandibular kist: Median mandibular kist, mevcudiyeti tartışmalı olan bir kisttir. Teoriye göre mandibulanın embriyolojik döneminde, her iki mandibula yarı parçasının birleşmesi esnasında, arta kalan epitelden orijinini alan fissural bir kisttir.

Klinik Bulgular: Median mandibular kist, orta hatta mandibular santral kesicilerin apikalinde veya arasında bulunur. Dişlerin köklerini merkezden yanlara doğru itebilir. Kortikal ekspansiyon meydana gelebilir. Bu kistlerden bir kısmı yumuşak dokuda, bir kısmı ise kemik içinde olabilir.

Radyolojik Bulgular: Mandibular santral kesici dişlerin apikalinde veya köklerinin arasında, orta hatta radyolüsent bir görünüm verir.

Tedavi ve Prognoz: Median mandibular kistin tedavisi cerrahi enükleasyondur. Rekürrens vakaların çoğunda beklenmemektedir.

Pseudo (non epitelyal) kistler

Bu başlık altında; travmatik kemik kisti, anevrizmal kemik kisti ve statik kemik kisti anlatılacaktır.

Travmatik Kemik Kisti (Hemorajik kemik kisti, soliter kemik kisti, idiyopatik kemik kavitesi, Simple/Basit kemik kisti): Sebebi kesin bilinmeyen ve hala tartışmalı olan bir lezyondur. Bir çok teori ileri sürülmesine rağmen, bu teorilerin hiçbiri bu lezyonun klinik ve patolojik özelliklerini tam olarak açıklayamamaktadır.

Travmatik kemik kistinın oluşum teorilerinin en çok taraftar bulanı travma-hemoraji teorisidir. Bu teoriye göre, kırığa sebep olamayacak derecede gelen bir travma, intraosseöz hematoma sebep olur. Oluşan bu hematoma tamir edilemez ise kistik bir defektle sonuçlanır. İçi epitel döşeli olmayan kist benzeri bir yapı oluşur.

Travma-hemoraji teorisi, dental literatürlerde geniş bir yer tutuyor olmasına rağmen, genç hastalarda femur ve tibiada yaygın şekilde bulunan benzer lezyonları açıklamak için ortopedi literatürleri bu teoriye çok az destek vermektedir.

Klinik bulgular: Genellikle semptomsuzdur. Başka bir sebeple çekilen radyografilerde görülür. Ancak bazı vakalarda lezyonun bulunduğu alanda ağrı ve şişlik olduğu bildirilmiştir. Bazı hastalar lezyonun bulunduğu alanda bir travma hikayesinden bahsedebilirler, fakat bu kesin değildir. Sıklıkla 10-20 yaş arası hastalarda görülür. Vakaların çok büyük çoğunluğu mandibulada ortaya çıkar ve maksillada çok nadir olarak görülür.

ÇENE KEMİKLERİNDE GÖRÜLEN KİSTLER

Basit kemik kisti mandibulanın herhangi bir bölgesinde oluşabilir, fakat çoğunlukla molar ve premolar bölgede karşımıza çıkar. Ayrıca mandibulanın önemli bir alanını içeren ve ramustan yukarı çıkan büyük lezyonlarla da karşılaşılabilir. Mandibular, premolar, molar ve ramus bölgesinde daha sıktır. Kortikal kemikte ekspansiyon ve dişlerde hafif mobilite saptanabilir. Lezyon bölgesindeki dişler çoğunlukla vitaldir. Ancak bazı vakalarda nonvital dişler de rapor edilmiştir.

Radyografik muayenede; Radyografik olarak lezyon iyi şekillenmiş, sınırlı radyolüsent defekt görünümündedir. Bazı alanlarda defektin kenarları keskin olmasına rağmen, bazı alanlarda belirgin olmayabilir. Defektin çapı 1 cm'den 10 cm'ye kadar değişebilir. Lezyon birkaç diş içerdiği zaman dişlerin kökleri arasına girip çıktığı için, defektle ilgili dişlerin kökleri arasında, yukarı doğru bakan bir tarak gibi görünür. Bu görünüm travmatik kemik kisti için önemlidir, fakat diagnostik değildir.

Lezyon ile ilgili olan dişler genellikle vitaldir ve kök rezorpsiyonu görülmez. Mandibular genişleme meydana geldiği zaman kortikal kemiğin incelendiği görülür, fakat periost reaksiyonu oluşmaz.

Travmatik kemik kistinin radyografik görüntüleri, odontojenik ve nonodontojenik radyolüsent kemik lezyonlarının birçoğunda olabilir. Bu sebeple teşhis için cerrahi inceleme gerekmektedir. Cerrahi incelemede, kavitenin bazen boş, bazen de çok az bir miktarda serum ve kandan oluşmuş bir sıvı içerdiği görülür. Ayrıca mandibular sinir-damar paketinin bu kavitede serbestçe yatıyor olduğu görülebilir. Sonuçta bu lezyonlarda teşhis, klinik, röntgen ve cerrahi bulguların birlikte değerlendirilmesi ile konur.

Tedavi ve Prognoz: Teşhisi koymak için yapılan küretajlı veya küretajsız cerrahi inceleme aslında bir tür tedavidir. Bu şekilde bir inceleme sonucunda yeni kemik yapımı ile defektin yok olması genellikle hızlıdır. Geniş defektler bile incelemeden 6 ay sonra normal radyografik bulgular gösterebilirler.

Lezyonun nüks etmesi ve inatla devam etmesi çok nadirdir. Bu sebeple travmatik kemik kistinin prognozu mükemmeldir.

Basit kemik kistlerinde başlıca problemler, diş çekimi veya defekt bölgesinin diğer radyolüsent lezyonlarla karıştırılması ile ortaya çıkan, yanlış teşhis sonucu yaygın lokal rezeksiyondur.

Anevrizmal kemik kisti: Orijini tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı yazarlar, dev hücreli bir kemik tümörünün değişik bir şekli olduğunu vurgulayarak, bu lezyonu bir kist olarak kabul etmezler. Epitel dökmesi yoktur, Genellikle uzun kemiklerde ve vertebralarda görülür. Çenelerde az rastlanır. Mandibulada maksilladan daha fazla görülür. Sıklıkla 20 yaş ve altında rastlanır. Çoğunlukla molar bölgede oluşur, etkilenen bölgede yüzde şiş, hassasiyet ve ağrı vardır. Ayrıca hızlı gelişir.

Radyografik muayenede; sıklıkla belirli bir kortikal genişleme ve incelme ile birlikte olan uniloküler veya multiloküler (sabun köpüğü-bal peteği) radyolüsent

görüntü verir. Bu durum sıklıkla etkilenen kemiğin konturunda balon yapma veya patlama “blow out” olarak tarif edilir.

Tedavisi: Çenelerin anevrizmal kemik kistleri genellikle küretaj ile tedavi edilir. Rekürrens ihtimalleri yaklaşık olarak % 50’dir. Bu oran büyük, vasküler lezyonların küretajındaki zorluklarla alakalı olabilir. Cerrahi müdahale esnasında, bozulmamış periost ve lezyonu örten ince kemik kabuk bulunur. Periost ve kemik kabuk kaldırıldığı zaman sıklıkla venöz kan fışkırır ve bu kanamayı kontrol etmek güç olabilir. Cerrahi müdahale esnasında ortaya çıkan görüntü, kanla ıslanmış bir spancın görüntüsüne benzer. Bununla birlikte önemli kan kaybı nadir bir problemdir. Geniş alanlara yayılmış olan lezyonlarda cerrahi müdahaleye ek olarak kullanılan kriyo cerrahi metodu, bu lezyonların uzun süreli prognozunu iyi olmasını sağlayabilir.

Statik Kemik Kisti (Stafne kemik kisti, Lingual mandibular tükürük bezi depresyonu, Latent kemik kisti, Lingual kortikal mandibular defekt): Mandibulanın lingual yüzeyinde, kortikal kemikte fokal bir konkavite vardır. Çoğu vakada biyopside normal tükürük bezi dokusu tespit edilmiştir. Tükürük bezlerinin gelişimsel defekti olarak nitelendirilir. Tükürük bezi dokusu ektopik olarak angulus mandibulada yerleşmiştir. Başka amaçlarla alınan radyografilerde tesadüfen tespit edilirler.

Radyografide: Angulus mandibulanın önünde, mandibular kanalın altında, mandibula alt kenarının üstünde, değişik büyüklükte yuvarlak-oval radyolüsent alanlar şeklindedir.

Tedavi: Gerekmez.