

Mandibula Kistlerinde Tedavi Prensiplerimiz ve Sonuçlarımız

Güzin Yeşim ÖZGENEL, Ramazan KAHVECİ, Serhat ÖZBEK,
Selçuk AKIN, Mesut ÖZCAN

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Bu klinik çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde 1996-2002 yılları arasında mandibulada kist tanısı ile opere edilen 35 olgu ile ilgili deneyimlerimiz sunulmaktadır. Olgular, yaş, cinsiyet, kistin lokalizasyonu, radyolojik belirtiler, histopatolojik tanı, tedavi yöntemleri ve sonuçlar dikkate alınarak incelendi. Olguların 21'i erkek, 14'ü kadın olup yaş ortalaması 42.8 yıl idi. Histopatolojik incelemeler sonucunda, 15 olguda radiküler kist, 12 olguda keratokist, 5 olguda folliküler kist ve 3 olguda gingival kist saptandı. Keratokist en sık mandibulanın ramus ve angulus (9 olgu), radiküler kist simfizis (7 olgu), foliküler kist (2 olgu) ve gingival kist (3 olgu) korpus bölgesinde tespit edildi. Radyolojik görüntüler, 9 olguda multiloküler iken, 26 olguda uniloküler idi. Tedavide bütün olgularda intraoral yaklaşımla cerrahi enükleasyon yöntemi uygulandı. Olgular 7 ay ile 6 yıl arasında takip edildi. Komplikasyon olarak sadece 2 keratokist olgusunda nüks saptandı.

Anahtar Kelimeler: Mandibula. Kist. Cerrahi.

Our Treatment Principles And Results In Mandible Cysts

SUMMARY

In this clinical study, our experiences with 35 cases who were treated for mandible cyst between the years 1996-2002 in the Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery of Uludağ University Medical School were presented. These cases were evaluated according to the age, sex, localization of the cyst, radiologic findings, histopathology, treatment methods and results. Twenty-one cases were men and 14 cases were women. The mean age was 42.8 years. Histologic examinations revealed that 15 cases were radicular cyst, 12 cases were keratocyst, 5 cases were follicular cyst and 3 cases were gingival cyst. Most commonly, keratocysts occurred in the angulus and ramus (9 cases), radicular cysts occurred in the symphysis (7 cases), follicular cysts (2 cases) and gingival cyst (3 cases) occurred in the corpus region of the mandible. The radiologic appearances were multilocular in 9 cases and unilocular in 26 cases. In all cases, surgical enucleation was performed through an intraoral approach. Cases were followed up between 7 months and 6 years. As a complication, in only two cases of keratocysts, recurrence was observed.

Key Words: Mandible. Cyst. Surgery.

Kist, etrafı sağlam bir kapsül ile çevrili ve iç yüzü epitel ile döşeli, yumuşak ya da sert doku içinde oluşan, sıvı ya da hava ihtiva eden kavitelere dir. Çenenin epitelyal kistleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamasına göre gelişimsel ve enflamatuvar olmak üzere iki grupta sınıflandırılır. Gelişimsel kistler, odontojenik ve odontojenik olmayanlar, enflamatuvar kistler ise radiküler ve paradental kistler olmak üzere 2 kısımda incelenmektedir. Odontojenik kistlerin içerisinde,

olmayan kistlerin içerisinde ise, nazoplatin kanal kistleri ve nazolabial kistler yer almaktadır^{1,2}.

Mandibula kistlerinde tanı, hastanın hikayesi, fizik muayene bulguları, radyografik görüntü ve histopatolojik inceleme ile konur. Genellikle kistler büyük boyutlara ulaşınca kadar bulgu vermezler. İleri evrelerde kistin sinire basısı sonucu ağrı, parastezi ve uyusukluk yapabilirler. Cerrahi tedavi yöntemi kistin enükleasyonudur. Kist kapsülü kemik yatağından hiç parça kalmayacak şekilde sıyrılmalıdır. Enükleasyon sonrası açığa çıkan kavite, kendiliğinden 6-12 ay içerisinde kemik ile dolar. Geniş kemik defektlerinde, bazı cerrahlarca, kemik kaviteyi başka yerden alınan kemik spongios parçaları ile doldurulması önerilmektedir. Bu serbest kemik greftlerinin osteoblastik aktiviteyi artırarak iyileşme süresini çabuklaştırdığı savunulmaktadır³.

Bu klinik çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde mandibula kist tanısı ile opere edilen 35 olgunun retrospektif analizi sunulmaktadır.

Geliş Tarihi: 05.09.2003
Kabul Tarihi: 16.10.2003

Dr. Güzin Yeşim ÖZGENEL
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
El Cerrahisi Bilim Dalı
16059 Görükle / Bursa
Tel: 0.224.442 81 93
Faks: 0.224.442 80 79
E-mail: gozgenel@yahoo.com

keratokistler, gingival, folliküler, erüpsiyon, lateral periodontal ve glandüler kistler yer alır. Odontojenik

Gereç ve Yöntem

Ocak 1996 - Aralık 2002 yılları arasında, UÜTF Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde mandibula kisti tanısı ile opere edilen toplam 35 olgu yaş, cinsiyet, kistin lokalizasyonu, radyolojik belirtiler, histopatolojik tanı, tedavi yöntemleri ve sonuçlar açısından retrospektif olarak incelendi.

Kistlerin lokalizasyonu, mandibula kemiği simfiz, parasimfiz, korpus, angulus ve ramus olmak üzere 5 bölgeye ayrılarak sınıflandırıldı. Multipl kistler radyografik olarak tespit edildi. Radyografide sınırları belirgin radyolüsent alanlar olarak görülmekte idi.

Tedavide bütün olgularda intraoral yaklaşımla cerrahi enukleasyon yöntemi uygulandı. Enukleasyon sonrası çapı 3 cm.den küçük olan kaviteler sekonder iyileşmeye bırakıldı. Çapı 3 cm.den büyük olan kaviteler krista iliak kemiğin medullasından alınan serbest kemik greftleri ile dolduruldu. Olgular en az 7 ay ve en uzun 6 yıl süre ile takip edildi.

Bulgular ve Sonuçlar

Mandibula kisti tanısı ile 35 olgu opere edildi. Olguların 21'i (%60) erkek, 14'ü (%40) kadın idi. Yaşları 18 ile 77 yaş arasında değişmekle birlikte, yaş ortalaması 42.8 yıl idi. Yaş gruplarına göre dağılımda mandibula kistleri en sık 41-50 yaşları arasında görülmekte idi (Tablo I).

Tablo I- Olguların yaşlara göre dağılımı

Yaş	Olgu (Yüzde)
0-10	-
11-20	1 (%2.8)
21-30	2 (%5.7)
31-40	9 (%25.7)
41-50	16 (%45.7)
51-60	2 (%5.7)
61 ve üzeri	2 (%5.7)

Operasyon sonrası yapılan histopatolojik incelemelerde, 35 olgunun 15'i enflamatuvar epitelyal kist olarak saptandı. Bu kistlerin hepsi radiküler kist idi. Geri kalan 20 olgu gelişimsel odontojenik epitelyal kist olup, 12'si keratokist, 5'i folliküler kist ve 3'ü gingival kist olarak tespit edildi (Tablo II). Odontojenik keratokistler 9 olguda ramus ve angulus, 2 olguda korpus, 1 olguda simfiz, radiküler kistler 7 olguda simfiz, 4 olguda korpus ve 4 olguda angulus, folliküler kistler, 2 olguda korpus, 1 olguda ramus, 1 olguda angulus ve 1 olguda parasimfiz ve gingival kistlerin hepsi korpus bölgesinde lokalize idi. Radyolojik olarak, 9 kist multiloküler (Resim 1) ve 26 kist uniloküler idi. Multiloküler kistlerin 7'si keratokist, 1'i radiküler kist ve 1'i folliküler kist, uniloküler kistlerin ise, 14'ü radiküler kist, 5'i keratokist, 4'ü

folliküler kist ve 3'ü gingival kist olarak tespit edildi. Kistlerin çapları 1-7 cm arasında değişmekle birlikte genellikle ovoid ya da yuvarlak şekilli idi. Olguların 4'ünde diş kökünde rezorpsiyon saptandı ve bu olgularda diş ekstrakte edildi. Bu olguların 2'si keratokist ve 2'si radiküler kist idi.

Tablo II- Olguların histopatolojik tiplerine göre dağılımı

Histopatoloji	Olgu sayısı (%)
Radiküler kist	15 (%42.8)
Keratokist	12 (%34.2)
Foliküler kist	5 (%14.2)
Gingival kist	3 (%8.5)

Olguların operasyon sonrası ortalama takip süresi 4.5 yıl idi. Otuz iki olguda operasyon sonrası çekilen grafilerinde ikna edici sonuçlar elde edildi (Resim 2). Olguların 3'ünde lokal nüks tespit edildi. Bu olguların hepsinin histolojik tipi keratokist idi.



Şekil 1.

Multiloküler kistin panoramik görüntüsü



Şekil 2A.

Radiküler kistin preoperatif panoramik görüntüsü

Mandibula kistlerinde tedavi...



Şekil 2B.
*Radiküler kistin operasyonu sonrası
18. aydaki görüntüsü*

Tartışma

Mandibula kist tanısı ile tedavi gören 35 olgunun yaş ve seks dağılımı daha önceden bu konuda yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir^{4,5}. Bizim çalışmamızda ortalama yaş 48.7 yıldır. Kadın erkek oranı 0.6'dır. Yaş gruplarında en çok 20-40 yaş arasında görüldüğü daha önceki çalışmalarda rapor edilmiştir^{4,7}. Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının artması, hastaların kültür seviyelerine bağlı olarak geç müracaat etmeleri ile açıklanabilir.

Mandibulada karşılaşılan kistik kitlelerin büyük çoğunluğu beningdir. Enflamatuvar kistler arasında en sık karşılaşılan kistik lezyonlar radiküler kist olup bu kistler bizim çalışmamızda da en büyük grubu oluşturmuştur². Çene kistlerinde en sık görülen klinik belirtiler kistin yerleşim gösterdiği bölgede şişlik ve ağrıdır. Bazen semptomsuz seyredebilir ve rutin tetkikler sırasında radyografide tespit edilir.

Çenenin pek çok kistik lezyonları benzer klinik ve radyolojik özellikler gösterir ve mikroskopik inceleme tanının önemli bir kısmını oluşturur. Kesin tanı, tedavi ve takip açısından önemlidir çünkü bazı tipleri örneğin odontojenik keratokistler son derece agresif davranış gösterir ve doğru tanı konulup uygun bir şekilde tedavi edilmediği takdirde lokal nüksler sıklıkla görülebilir⁸⁻¹².

Mandibula kistlerinin cerrahi tedavisi, kistin tek parça halinde ekstirpasyonudur. Basit cerrahi enukleasyon sonrası kistin tamamen çıkartıldığından emin olmak özellikle keratokistlerde mümkün değildir. Çünkü kistin epitelyal komponent artıkları kolaylıkla gözden kaçabilir ki bu kalıntılar rekürrens görülmesinin primer nedenidir¹³. Bu sebepten dolayı bu epitelyal kalıntıları ortadan kaldırıp rekürrens oranını azaltmak için enukleasyon sonrası kimyasal koteterizasyon, kemik duvarların agresif küretajı, kriyoterapi ya da tutulan mandibulanın radikal rezeksiyonu önerilmiştir^{14,15}. Enukleasyon sonrası açığa çıkan kavite, kendiliğinden 6-12 ay içerisinde kemik ile dolar. Kistik kavite büyük ve patolojik ki-

rık oluşma riski yüksek ise primer kemik grefti gerekebilir. Bu makalede sunulan olguların hepsinde intraoral yaklaşımla cerrahi enukleasyon gerçekleştirilmiştir. Enukleasyon sonrasında açığa çıkan kavitenin çapı 3 cm.den büyük ise kavitenin içi serbest medüller kemik grefti ile doldurulmuştur.

Sonuç olarak, çene kistleri çene kemiklerinin en sık karşılaşılan bening lezyonları olduğu için klinik davranışlarını ve radyolojik karakteristik özelliklerini bilmek önemlidir. Bu retrospektif analizin sonucunda, çenenin epitelyal kistleri arasında en sık radiküler kistlerin görüldüğü, erkek populasyonunda daha sıklıkla karşılaşıldığı, radyografide sınırları belirgin radyolüsent alanlar şeklinde görüldüğü tespit edildi. Ayrıca odontojenik keratokistler lokal destrüsyona neden olmaları ve rekürrens oranının yüksek olması nedeniyle mandibulanın diğer kistlerinden ayrı bir patolojik lezyon olarak kabul edilmeli ve operasyon sonrası dönemde hastaların rekürrens açısından yakın takibe alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours, Berlin; Springer; 1992.
2. Browne RM. The pathogenesis of odontogenic cysts: A review. J Oral Pathol 1975;4:31-46.
3. Jackson IT, Shaw K. Tumors of the craniofacial skeleton, including the jaws. In: McCarthy J.G.ed. Plastic Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1990:5336-411.
4. Kreidler JF, Raubenheimer EJ, van Herden WFP. A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw – the Ulm experience. J Craniomaxillofacial Surg 1993;21:339-41.
5. Bhaskar SN. Periapikal lesions-types, incidence and clinical features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966;21:657-71.
6. Nakashima K, Kameyama T, Sujaku C. Clinico-statistical observation of the jaw for 13 years. Journal-Kurume Medical Association 1984;47(9):1076-83.
7. Kurai M. Simple bone cyst of the jaw: review of the literature and report of case. J Oral Surg 1980;38(6):456-9.
8. Emerson TG, Whitlock RI, Jones JH. Involvement of soft tissue by odontogenic keratocysts (primordial cysts). Br J Oral Surg 1972;9:181-5.
9. Jackson IT, Potparic Z, Fasching M, et al. Penetration of the skull base by dissecting keratocyst. J Craniomaxillofac Surg 1993;21:319-25.
10. Chuong R, Donoff RB, Guralnick W.:The odontogenic keratocyst. J Oral Maxillofac Surg 1982;40:797-.
11. Summers GW. Jaw cysts: diagnosis and treatment. Head Neck Surg 1979;1(3):243-58.
12. Regezi JA, Courtney RM, Batsakis JG. The pathology of head and neck tumors: cyst of the jaws, part 12. Head Neck Surg 1981;4(1):48-57.
13. Brannon RB. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases. Part II: histologic features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1977;43:233-55.
14. Irvine GH, Bowerman JE. Mandibular keratocysts: surgical management. Br J Oral Maxillofac Surg 1985;23:204-9.
15. Chow HT. Odontogenic keratocyst: a clinical experience in Singapore. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endoc 1998;86:573-7.