

MAKSİLLA VE MANDİBULANIN DEV FOLLİKÜLER KİSTLERİ

Tayfun AKÖZ*, Bülent ERDOĞAN*, Can KARACA**, M.Ali BOZKURT***, Gürcan ASLAN*

Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği*

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı**

Antalya Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği***

ÖZET

Kliniğimizde maksilla ve mandibula kistik lezyon ön tanısı alan ve operasyondan sonraki histopatolojik incelemede "Foliküler kist" olarak belirlenen olguların erken ve geç sonuçlarını literatür bilgileri ile karşılaştırdık. Foliküler kistlerin duvar epitelinin değişim potansiyelini değerlendirdik. Bu çalışmada maksilla ve mandibulada 10 dev folliküler kist olgusu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Dev folliküler kist-Maksilla ve Mandibula

SUMMARY

In our clinic, the patients, having cysts of the mandible and maxilla were treated. Their histopathological picture were identified as a follicular cyst. We compared early and late postoperative results of our patients with the literature and examined the epithelial lining the cyst. In this study 10 giant follicular cysts of the mandible and maxilla are presented.

Key words: Giant follicular cyst-The maxilla and the mandible

Foliküler kistler odontojenik orijinlidir ve odontojenik kistlerin radiküler kistlerden sonra ikinci sıklıkta görülen grubunu oluştururlar ve her yaş grubunda görülebilirler (1,2). Kistin dış yüzünde fibröz kapsül iç yüzünde ise tek sıralı epitelial hücre dizilimi vardır (1). Foliküler kistler genellikle kemik içerisinde intramedullar yerleşmiş küçük kaviteler şeklindedir ve bu yüzden rutin kafa grafilerinin incelenmesi sırasında tesadüfen teşhis edilir (1). Fakat bazen kist bölgesinde ağrı, şişlik

pürülan akıntı vb. yakınmalarla hekime başvuran hastalar da görülebilir. Mandibulada maksillaya göre 6 misli daha sıklıkla yerleşir (3,4). Tıbbi pratikte sık rastlanmayan, ağız ve çevresi biyopsilerinin yaklaşık %1'ini oluşturan, bu kistlerin en önemli özelliği duvar epitelinin diğer odontojenik kistlere ve hatta malign tümörlere değişim yeteneğidir. Kliniğimizde son 4 yıl içerisinde tedavileri yapılan, birinde odontojenik tümöral değişim gördüğümüz büyük hacimli (dev) 10 folliküler kist olgumuzu sunuyoruz.

OLGULARIN SUNUMU

Olgularımızın klinik ve radyolojik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo I. Olguların Klinik ve Radyolojik Özellikleri

OLGU	YAŞ	CINSİYET	YERLEŞİM	FİZİK RADYOLOJİK ÖZELLİKLER
Δ 1	50	E	Sağ corpus mandibula	2-7 numaralı diş bölgesinde fluktuasyon veren radyolüsent kitle
□ 2	18	K	Sağ corpus mandibula	3-7 numaralı diş bölgesinde fluktuasyon veren, içinde diş görülen radyolüsent kitle (Şekil 1).
□ 3*	2	K	Sağ angulus mandibula	Sağ 5 numaralı dişe kadar uzanan fluktuasyon veren radyolüsent kitle (Şekil 2,3,4,5).
□ 4***	56	E	Sol corpus mandibula	1-7 numaralı diş bölgesinde fluktuasyon veren radyolüsent kitle
Δ 5	25	E	Sağ maxilla	Sağ maxiller sinusu dolduran sert damakta fluktuasyon veren radyolüsent kitle
□ 6	17	K	Sol angulus mandibula	Sol angulus mandibulayı dolduran sert, radyolüsent kitle
□ 7	13	E	Sağ maxilla	Sağ maxiller sinusu dolduran kistik kitle
Δ 8	55	E	Sağ corpus ve angulus mandibula	1-5 numaralı diş bölgesinde fluktuasyon veren radyolüsent kitle
□ 9**	22	E	Mentum	Sert, radyolüsent kitle
Δ 10	60	K	Mentum ve sağ corpus	Fluktuasyon veren radyolüsent kitle

Δ Etiyolojide travma öyküsü

*3 numaralı olgumuzda 4 yıl sonra rekürrens görülmüş ve total olarak eksize edilen kitlenin histopatolojik incelemesi sonucunda "AMELOBLASTTOMA" tanısı konulmuştur (Şekil 8,9, 10, 11).

□ Etiyolojide enfeksiyon öyküsü

**En küçük kist 3 cm, en büyük kist 8 cm çapında saptanmıştır.

***4 olguda travma (1,5,8,10 numaralı olgular), 6 olguda (2,3,4,6,7,9 numaralı olgular) enfeksiyon öyküsü vardır.



Şekil 1: Sağ angulus mandibulada kistik kitlenin radyografik görüntüsü.



Şekil 4: Sağ angulus mandibulada yer alan kitlenin radyografik görüntüsü.



Şekil 2: Sağ angulus mandibulada kitlesi olan hastanın preoperatif görüntüsü



Şekil 5: Intraoperatif eksizyon materyali ve histopatolojik görüntüsü.



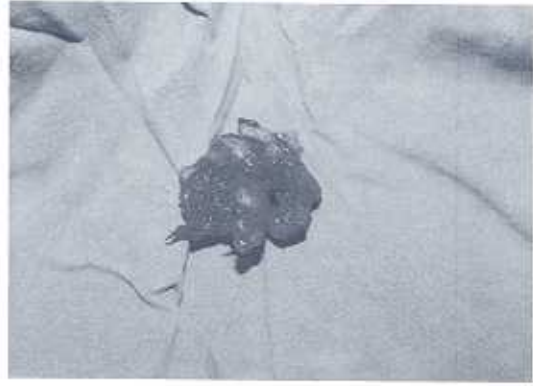
Şekil 3: Sağ angulus mandibulada kitlesi olan hastanın postoperatif görüntüsü



Şekil 6: Mentum yerleşimli kitle.



Şekil 7: Biyopsi metaryali.



Şekil 9: 3 nolu olgudaki nüks kitlenin intraoperatif görünümü.



Şekil 8: Tümör nüksü olan olgunun preoperatif görünümü.



Şekil 10: Nüks olgudaki tümörün (ameloblastom) histopatolojik görünümü.

Tüm olgularımız preoperatif fizik inceleme ve direkt radyografi ile değerlendirilmiştir. Kiteller genel anestezi altında epitelial artık bırakılmaya özen gösterilerek total olarak eksize edilmiştir. Eksizyon sonrasında en az bir yeterli kemik duvar kaldığı için ayrıca rekonstrüktif bir işlem gerekmemiştir. Olgularımız postoperatif 1,3,6,12 ve 24 . aylarda kontrol muayenesi ve gerekli görülenler radyografi ile izlenmiştir. 3 numaralı olgumuzda görülen rekurrens tümör(Ameloblastoma) dışında patolojik bulgu saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Foliküler kist etyolojisinde travma, enfeksiyon ve bilinmeyen diğer faktörler rol oynar. 4 olgumuzda travma, 6 olgumuzda enfeksiyon öyküsü saptanmıştır.

Foliküler kistler diğer odontojenik kistler ve kistik görümlü tümörlerden tedavi ve prognozda ayrıcalık gösterir.Foliküler kist epiteli diğer odontojenik kist epitellerine göre daha çok değişim potansiyeline sahiptir.Ameloblastik ve karsinomatöz değişimler görülebilir (5-10).

3 numaralı olgumuzda ilk operasyondan 4 yıl sonra saptadığımız ameloblastik değişim bu görüşü doğrulamaktadır.

Foliküler kistler çok defa alt çenenin 20 yaş dış bölgesinde yerleşip ramusa doğru ilerlerler (6). Olgularımızın dördü (%40) bu bölgede görülmüştür.

Foliküler kistler kemik içerisinde intraalveoler yerleşebilir veya kemik dış kenarında ince bir duvar bırakarak büyük medullar kaviteler oluşturabilir. Kistin dışarıya doğru (labial yönde) ilerlemesi ayırıcı tanı da önemlidir. Örneğin ameloblastomalar hem dışa hem de içe (lingual yönde) ilerleme gösterirler (4,6). Olgularımızda da dış kor-

teksin destrükte olduğu ve kitlelerin dışarıya (labial) doğru büyüdüğü saptanmıştır.

Genellikle tesadüfen tanı konulan küçük folliküler kistlerin yanısıra sunduğumuz olgularda görüldüğü gibi büyük hacimlere ulaşmış dev folliküler kistler de görülebilir. Büyüklüğü ne olursa olsun genellikle yerleştiği kemikte tek korteks harabiyeti yapan folliküler kistler rekonstrüksiyon açısından önemli sorun yaratmazlar. Folliküler kist tedavisinde asıl dikkat edilmesi gereken özellik epitelial artık bırakılmamasıdır. Aksi takdirde sıklıkla diğer odontojenik kistlere ve karsinomatoz değişikliklere uğrayabileceği unutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Summers GW, Jaw cysts: Diagnosis and treatment. Head and Neck Surgery. 1979; 1: 243-256.
2. Toretti EF, Miller AS, Poetic B. Odontomas: An analysis of 167 cases. J Periodontol 1984; 8: 282-288.
3. Sehdev MK. Ameloblastoma of maxilla and mandible. Cancer 1974; 33:324-333.
4. Kuroi M. Simple bone cyst of the jaw: Review of the literature and report of case. J Oral Surg. 1980; 38(6): 456-459.
5. Regezzi JA. Odontogenic tumors: Analysis of 706 cases. J Oral Surg 1978; 36(16): 771-778.
6. Archer J, Harry W. Jaw tumors and cysts. Oral Surgery, Forth Edition, New York: Churchill Livingstone, 1966; 392-484.
7. Gorlin RJ. Dentigerous cyst of the mandible. Cancer 1964; 17: 723-729.
8. Thoma A, Kurt H. Maxillary cyst cavities. Oral Surg Oral Med and Oral Path 1950;3:961-986.
9. Borçbakan C. Ağız ve Çene Hastalıkları. Hacettepe Taş Yayınları, Ankara 1981; 201.
10. Jackson IT, Shaw K.: Tumors of the craniofacial skeleton, Including the Jaws In: Mc Carty JG. Plastic Surgery, ed. WB Saunders Company. 1990; 3337-3338.