

Keratokistik Odontojenik Tümör: Panoramik, Tomografik ve Ultrasonografik Değerlendirme

Keratocystic Odontogenic Tumor: Panoramic, Tomographic and Ultrasonographic Assessment

Suayip Burak Duman, Yasin Yaşa, Ali Ocak

Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Erzurum

ÖZET

Keratokistik odontojenik tümör; dental lamina artıklarından gelişen agresif davranışı ve çevre dokulara infiltratif özelliği ile benign odontojenik tümör sınıfına dahil edilen yüksek nüks özelliği gösteren lezyonlardır. Daha çok mandibular molar ramus bölgesinde görülmesine karşın çenelerin her kadranının da görülebilmektedir. Tanısında direkt radyografi, tomografi ve ultrasonografi son yıllarda başvurulan metotlardır. Sunulan vakada mandibular anterior yerleşimli, gömülü diş içeren keratokistik odontojenik tümörün direkt grafi, dental volumetrik tomografi ve ultrasonografi kullanılarak incelenmesi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Keratokistik odontojenik tumor, Tomografi, Ultrasonografi

ABSTRACT

Keratocystic odontogenic tumor, which derived from dental lamina residual and is included in odontogenic tumor class lesion in view aggressive behavior and infiltration to near tissues. Although it generally seen in mandibular molar ramus areas, it seen also in all raw regions. In the diagnosis of keratocystic odontogenic tumor; direct radiography, tomography, and ultrasonography is generally used methods. The present study was assessed the keratocystic odontogenic tumor with anterior localized and unerupted teeth with direct radiography, tomography, and ultrasonography.

Key words: Keratocystic odontogenic tumor, Tomography, Ultrasonography

GİRİŞ

Keratokistik odontojenik tümör (KKOT), ilk defa 1876'da Mikulicz tarafından belirtilip 1956'da Philipsen'in tanımladığı,¹ dental lamina artıklarından veya diş formasyonu oluşmadan önce mine organı gibi primordial dokulardan köken aldığı düşünülen,² spesifik histopatolojik özellikleri, agresif biyolojik davranışı ve yüksek rekürrens oranıyla diğer kistlerden ayrılan patolojik oluşumlardır.³ Her yaş aralığında görülebilmemesine rağmen genellikle hayatın ikinci ve üçüncü dekatlarında daha sıklıkla görülürler. KKOT en sık mandibular molar ve ramus bölgesinde yerleşim gösterir.⁴ Küçük kistler bulgu vermezken rutin radyografik tetkiklerde saptanırlar. Büyük kistler de ise ağrı, şişlik ve ağız içine drenaj olabilir. Radyografik olarak düzgün radyoopak sınırlı, iyi tespit edilebilen radyolusensi şeklinde görülür. KKOT literatür de %83,5 oranında uniloküler olarak saptanırlarken, %16,5 multiloküler gözlemlenmiştir.^{3,5} Odontojenik keratokistler yalnız başına bulunabileceği gibi, otozomal dominant geçiş gösteren nevoid bazal hücreli karsinom sendromu (Gorlin sendromu)'nun bir parçası olarak da bulunabilir. Otozomal dominant geçiş gösteren Gorlin sendromu'nda; deri de çok sayıda bazal

hücreli karsinomlar, çeneler de çok sayıda KKOT, temporoparietal ve frontal kemiklerdeki çıkıntılar sebebi ile karakteristik bir yüz, kafatasının çevre uzunluğunda artma, orta derecede mandibular prognati, dudak yarıkları, hipertelorizm ve santral sinir sistemi bozuklukları görülebilir.⁴

Odontojenik keratokistlerin tedavisi kistin özelliğine göre değişiklik gösterebilmektedir. Nüks eğilimine veya cerrahi işlem zorluğuna göre; enükleasyon, marsüpyalizasyon ve küretaj gibi konservatif yaklaşımlarda bulunulabileceği gibi; lokal ostektomi, rezeksiyon ve Carnoy solüsyonu kullanılarak yapılan kimyasal küretaj gibi agresif tedavi seçenekleri de bulunmaktadır.⁶ Kesin tanısı histolojik incelemeyle konulacağı gibi, belirgin ekspansiyon yapmadan kemiğin medullar kavitesinin içinde antero-posterior yönde büyürler ve bu da kemikte ekspansiyona neden olan dentigeröz, radiküler kistler ile ayırıcı tanıda yararlı olabilmektedir.⁴ Bu olgu sunumunda KKOT tanısı konulmuş bir hastanın panoramik, tomografik ve ultrasonografi (USG) değerlendirmeleri ortaya konmuştur.



Resim 1. Keratokistin Panoramik radyografi görüntüsü

OLGU

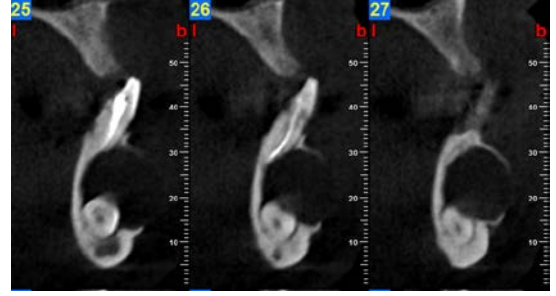
45 yaşında erkek hasta alt çene ön bölgesindeki ağrısız şişlik üzerine kliniğimize başvurmuştur. Yapılan intraoral muayene sonrası mandibular anterior ve lingual bölgede palpasyonda sert ve ağrısız, sağlıklı mukozal renge sahip ekspansif şişlik izlendi. Ekspansif alana komşu santral ve lateral kesici ile sağ alt kanin dişte herhangi bir mobilite ve migrasyona rastlanmadı. Alınan panoramik radyografi sonrası (Resim 1); mandibular anterior merkezli premolar-molar bölgesine uzanan, düzgün, skallop sınırlı içerisinde gömülü bir diş içeren geniş alanlı radyolüsent alan izlendi. İlişkili dişlere yapılan (sağ alt santral, lateral, kanin) vitalite testi sonrası bu 3 dişin vital olduğu saptandı.



Resim 2. Keratokistin Dental volumetrik tomografi aksiyal görüntüsü

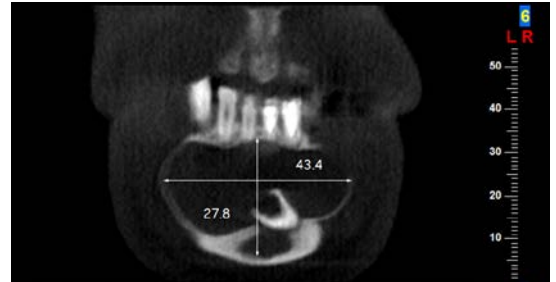
Hastadan alınan dental volumetrik tomografi (DVT) görüntüleri sonrası (Resim 2-3) lezyonun; lingual ekspansiyon, bukkal kortikal kemikte incelme ve perforasyon yaptığı saptanmıştır. Koronal kesitlerde boyutları 27.8x43.4 mm olarak izlendi (Resim 4). Lezyonun ilgili alandaki dişlerde kök rezorbsiyonuna sebep olmadığı görülmüştür.

Geniş sınırlı, ekspansif ve perforasyon yaptığı izlenen lezyonun içeriğinin değerlendirilmesinin ayırıcı tanı olarak yararlı olabileceği düşünüldüğünden alınan ultrasonografik görüntülerde (Resim 5) lezyonun; hipo-hiperekoik miks yapıda, oval, dens likit içeriğe sahip, doppler USG'sin de internal kanlanma gözlemlenmeyen alan izlendi. Ayrıca perforasyon alanı ultrasonografik görüntülerde doğrulandı (Resim 6).



Resim 3. Keratokistin Dental volumetrik tomografi sagittal görüntüsü

Lezyon intraoral yaklaşımla cerrahi olarak enükle edildikten sonra yapılan patolojik inceleme sonrası keratokistik odontojenik tümör rapor edilmiştir. Operasyon sonrası hasta halen takip edilmektedir.

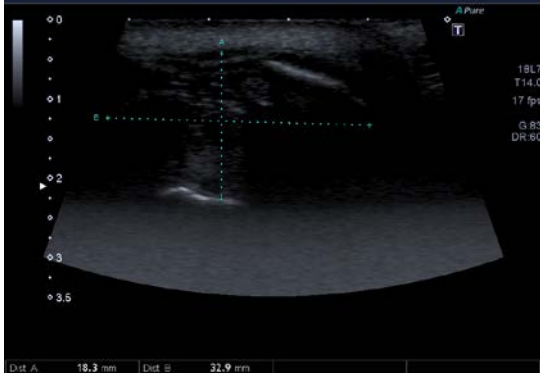


Resim 4. Keratokistin Dental volumetrik tomografi koronal görüntüsü

TARTIŞMA

WHO bu kistik lezyonu tümör benzeri biyolojik karakterinden dolayı uni-multikistik odontojenik tümör olarak tekrardan sınıflandırmıştır.⁷

KKOT daha çok mandibular molar, ramus bölgesinde gözlenir. Küçük KKOT'ler genellikle asemptomatiklerdir. Daha büyük boyuttakiler de ağrı, şişlik, drenaj gözlemlenebilir. Nüks oranı yüksek olan bu lezyon hakkında değişik oranlar verilmiş olup %3 ile %62 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir.^{6,8,9,10} Bu vakada 7 aydır takip edilen hastada herhangi bir nüks izlenmemiştir.



Resim 5. Keratokistin Ultrasonografik görünümü ve sınırları

KKOT hayatın daha çok 2 ve 3. dekatlarında görülebilmeye karşın her yaşta görülebilir. Klinik ve radyolojik olarak bazı kist ve tümörlere benzerlik gösterdiğinden ayırt edilmesi güçtür. Panoramik incelemelerde, çoğu zaman sürmemiş bir diş ile ilişkili olup radyolojik olarak dentigeröz kist ile karıştırılabilir.¹⁰ Skallop marjin yapısı ve multiloküler özellikte oluşu ameloblastoma ve myxoma ya benzerlik gösterir.^{4,10} Bu vakada da gömülü bir kanin dişin varlığı dentigeröz kisti, radyolojik görüntüleri de ameloblastomayı akla getirmiştir. Bu lezyonların düşünüldüğü durumlarda tam bir radyografik muayene için dental volumetrik tomografi yararlı bir araçtır.¹⁰ Bu vakada alınan aksiyal görüntülerde lezyonun anatomik yapısı ve oluşturduğu ekspansiyon, perforasyon panoramik radyografiye göre daha detaylı şekilde görüntülenmiştir.



Resim 6. Keratokistin Ultrasonografik görünümü, ok başı perforasyon alanı, küçük oklar: kortikal incelme alanı

USG non-invaziv, düşük maliyetli, intraosseöz lezyonların değerlendirilmesinde son zamanlarda diş hekimliğinde kullanımı artan güncel görüntüleme yöntemidir. Lezyon büyüklüğü ve kortikal kemiğin kalınlığı hakkında yararlı bir araç olmamasına rağmen KKOT gibi mezio-distal büyüme eğilimi gösteren lezyonların vestibül yada lingual kemik bütünlüğünü incelemede kullanılabilir. Bu vakada USG bukkal ekspansiyon ve lingual perforasyonun gösterilmesinde

etkin biçimde kullanılmıştır. USG incelenmesinde miks karakterde, oval, internal kanlanmayan lezyon görüntülenmiştir. Bu bulgular Pinar ve ark.'nın yaptığı çalışmayla paralellik göstermektedir.¹¹

Sonuç olarak keratokistik odontojenik tümörlerin görüntülenmesinde dental volumetrik tomografi ve ultrasonografi yararlı araçlardır.

KAYNAKLAR

1. Eyre J, Zakrzewska J. The conservative management of large odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1985; 23: 195-203.
2. Cawson RA. *Essentials of dental surgery and pathology.* 5 ed. Churchill Livingstone, London, 1978, 236-239.
3. Lee CA, Damm DD, Neville BW, Allen C and Bouquot J. *Oral and maxillofacial pathology.* 3 ed. Saunders, St. Louis 2008, 683-687.
4. White SC and Pharoah MC. *Oral radiology: principles and interpretation.* 6 ed. Mosby, St. Louis, ABD, 2013, 351-355.
5. Eryılmaz T, Özmen S, Findikcioglu K, Kandal S, Aral M. Odontogenic keratocyst: an unusual location and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2009; 62: 210-2
6. Morgan TA, Burton CC and Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63: 635-639.
7. Philipsen HP. Keratocystic odontogenic tumour. In World Health Organization classification of tumors. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P and Sidransky D, (eds.). *Pathology and genetics of head and neck tumors.* Lyon: IARC Press, 2005, 306-307.
8. Pitak-Arnop P, Chaine A, Oprean N, Dhanuthai K, Bertrand JC, Bertolus C. Management of odontogenic keratocysts of the jaws: A ten-year experience with 120 consecutive lesions. *J Craniomaxillofac Surg.* 2010; 38: 358-364
9. Apajalahti S, Hagström J, Lindqvist C, Suomalainen A. Computerized tomography findings and recurrence of keratocystic odontogenic tumor of the mandible and maxillofacial region in a series of 46 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011; 111: e29-e37
10. MacDonald-Jankowski DS, Li TK. Keratocystic odontogenic tumour in a Hong Kong community: the clinical and radiological features. *Dentomaxillofac Radiol.* 2010; 39: 167-175
11. Sumer AP, Sumer M, Celenk P, Danaci M and Gunhan Ö. Keratocystic odontogenic tumor: case report with CT and ultrasonography findings. *Imaging Sci Dent.* 2012; 42: 61-64.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Şuayip Burak DUMAN
Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş
ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı 25240 ERZURUM
Tel : +90 506 537 29 23
E-posta: suayip_1530@hotmail.com