

PAPER DETAILS

TITLE: Glandüler odontojenik kist: Olgu bildirimi

AUTHORS: Erinç Önem,Hüseyin Koca,Mesut Korkut Parlar,Taha Ünal

PAGES: 197-201

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/278117>

GLANDÜLER ODONTOJENİK KİST: OLGU BİLDİRİMİ

GLANDULAR ODONTOGENIC CYST: A CASE REPORT

Erinç ÖNEM¹

Hüseyin KOCA²

Mesut Korkut PARLAR³

Taha ÜNAL²

ÖZET

Glanduler Odontojenik Kist (GOK) çenelere ait nadir görülen gelişimsel bir kisttir. Sıklıkla alt çenenin ön bölgesinde orta yaşlı bireylerde gözlenmektedir. Erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır. Radyografik olarak sınırları belirgin uni veya multiloküler radyolüsent görüntü vermektedir. Olguda 51 yaşında erkek bir hastada bulunan GOK'nin klinik, histolojik ve radyolojik özellikleri değerlendirilmektedir. GOK yüksek rekürrens sıklığı ve agresif potansiyeli nedeniyle dikkatli klinik ve radyolojik değerlendirme gerektirmektedir. Tedavi seçeneği küretajdan blok ensizyona uzanmaktadır. Rekürrens sıklığı nedeniyle GOK'nin uzun dönem takibi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Glandüler odontojenik kist, çene kistleri, odontojenik kist

SUMMARY

Glandular Odontogenic Cyst (GOC) is a rare developmental cyst of the jaws. The most common site of occurrence is the anterior mandible, and it occurs mostly in middle-aged people. Predilection for men is observed. Radiographically, GOC presents as well-defined radiolucencies with uni- or multilocular appearance. A case of GOC in a 51 year old white male is presented here. Clinical, histological and imaging features were evaluated. Due to high tendency of recurrence and the aggressive potential of GOC careful clinical and radiological evaluation must be carried out. The treatment choice is still controversial, varying from a curettage to local block excision. A long-term follow-up should be recommended.

Key Words: Glandular odontogenic cyst, jaw cysts, odontogenic cyst

Makale Gönderiliş Tarihi : 14.06.2010

Yayına Kabul Tarihi : 23.02.2011

¹ Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı, Dr.

² Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

³ Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı, Dt.

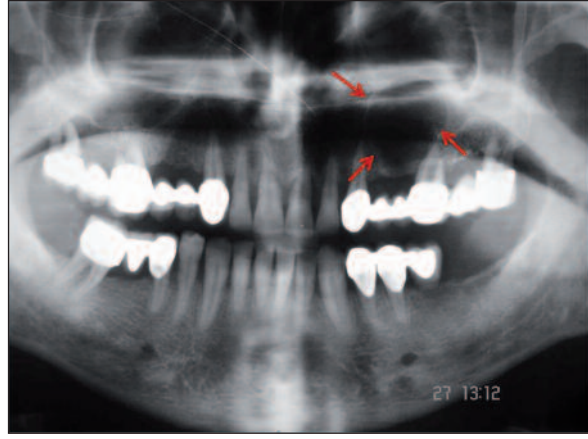
GİRİŞ

Çene kemiklerinde nadir gözlenen botyroid kiste benzer glanduler elementler içeren multiloküler alt çenedeki kistik lezyonlar, ilk kez 1987’de Padayachee ve Van Wiyk tarafından sialoodontojenik kist olarak adlandırılmıştır¹¹. Ancak lezyonların tükürük bezi kökenli olduğu ispatlanamaması üzerine Gardner ve arkadaşları¹ tarafından sunulan vakalar Glandular Odontojenik Kist (GOK) olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1992 yılında bağımsız bir patoloji olarak kabul edilen ve histolojik yönden odontojenik özellikler taşıması nedeniyle gelişimsel odontojenik kistler sınıflamasına dahil edilen GOK,⁵ neoplastik doğaya sahip, yüksek nüksetme eğilimi bulunan ve agresif büyüyen bir kist olarak klinik önem taşımaktadır^{3,4}. Bununla birlikte, botyroid kist, muköz metaplazi içeren radiküler ve dentijeröz kistler ve düşük düzeyli mukoepidermoid karsinoma ile benzer mikroskopik,³ santral dev hücreli granüloma, solid tip ameloblastoma ve odontojenik keratokist ile benzer radyografik özellikler taşıması nedeniyle lezyona ait kriterlerin belirlenmesi önemlidir⁷.

Bu raporda, sıklıkla alt çenede ön bölgede gözlenen ancak olgumuzda sol üst çene kanin-büyük azı bölgesinde yerleşmesi nedeniyle farklılık gösteren bir GOK’ın klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilimdalı’na başvuran 51 yaşındaki erkek hasta sol üst kanin-1. büyük azı bölgesindeki üç aydır varolan ağrısız şişlik nedeniyle başvurdu. Ekstraoral muayenede sol üst bölgede ekspansiyona bağlı fasiyal asimetri belirlendi. İntraoral muayenede 23-26 dişler arasında sabit bir restorasyon bulunduğu görüldü ve ilgili bölgede 3 x 2 cm boyutlarında şişlik, vestibül sulkusta sığlaşma ve belirgin kemik ekspansiyonu izlendi. Alınan panoramik radyogramda sol üst kanin ve 1.büyük azı diş arasında dişsiz sahada kret tepesinden sinüs maksillarisine uzanan sınırları belirgin uniloküler radyolüsent alan belirlendi (Resim 1). Odontojenik sebebi elimine etmek amacıyla sabit restorasyonun uzaklaştırılmasına karar verildi. Restorasyonun bölgeden uzaklaş-

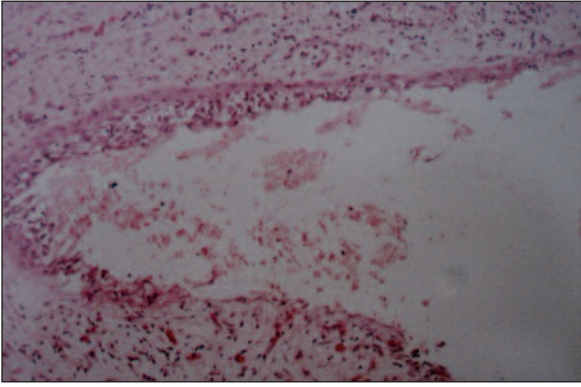


Resim 1. Sol üst çenede izlenen glanduler odontojenik kist

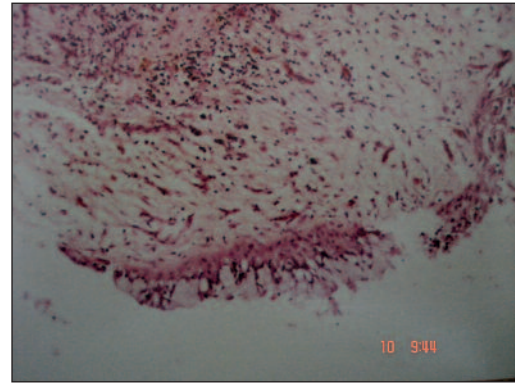
tırılmasından sonra ilgili dişlere uygulanan elektriksel teste pozitif yanıt alındı. Ön tanı olarak rezidüel kist düşünülen hastaya uygulanan aspirasyonda kist sıvısının saydam renkte düşük vizkozitede olduğu görüldü. Hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. İlgili bölgeden trapez insizyonla lambo kaldırıldı, kistin kemikte yaptığı dekstrüksiyon nedeniyle vestibül kompakt kemiğin gayet incelendiği gözlemlendi. Kist epitelini zedelemeyen yapılan osteotomi sonucunda kist tamamiyle enükle edildi. Kist kavitesinin irrigasyonundan sonra yara yeri primer olarak kapatıldı. Hastaya postoperatif antibiyotik, analjezik ve antiseptik ağız gargarası uygulaması önerildi. Operasyon sonrası zedelenmeden çıkartılan kist histopatolojik tetkik amacıyla Oral Patoloji Bilim Dalına gönderildi. Oral patolog tarafından kistik kavitenin çeşitli kalınlıklarda, yer yer plak benzeri kalınlaşmalar içeren nonkeratinize, stratifiye, skuamöz epitel ile sınırlı olduğu; epitelin yüzeyinde çok sayıda mukus üreten goblet hücreleri ve küboidal eozinofilik hücrelerin bulunduğu⁵ yanısıra kistin intraepitelial glanduler veya damarsı yapılar ve mikrokistler gibi tanı koyduran önemli histopatolojik bulgular taşıdığı kesin tanının Glanduler Odontojenik Kist olduğu bildirildi (Resim 2). Periyodik kontrollerle izlenmesine karar verilen hastanın 2 yıl sonra alınan panoramik radyografisinde herhangi bir rekürens olmadığı gözlemlendi (Resim 3).

TARTIŞMA

GOK nadir görülen ve yüksek rekürens oranına sahip agresif büyüme potansiyeli olan bir odontojenik



Resim 2. Glanduler odontojenik kist'e ait histopatolojik görüntü (H&Eozin boyama, x160)



kisttir¹². Görülme sıklığı tüm çene kistleri arasında % 0.012-1.3 arasında değişmektedir ve prevalansı % 0.17'dir⁶. Bazı araştırmacılar görülme sıklığının bu kadar düşük olmasını; kistin radyografik görüntüsünün patognomonik olmaması ve botyroid, lateral periodontal kist veya düşük dereceli santral mukoe-pidermid karsinoma ile benzer histolojik özellikler taşıması nedeniyle GOK yerine bu tanıların hatalı olarak konmasına bağlamaktadır^{8,9}. İngilizce literatür araştırmamızda az sayıda GOK vakasına rastlanmıştır⁶. Bizim de son 10 yıl içinde karşılaştığımız tek bir vaka olması, GOK prevalansının düşük olması gerçeğini desteklemektedir.

Literatürde lezyonun karakteristiği hakkında bilgi veren az sayıda vaka bulunmasına rağmen yavaş büyüyen bu lezyonun geniş yaş aralığında ancak genellikle 40 yaş üzerinde ve sıklıkla erkeklerde gözlemlendiği belirlenmiştir. Kadınlarda görülme sıklığının perimenopozal veya menopozal 50'li yaşlarda artması lezyonun gelişmesinde kesinlik kazanmamakla birlikte hormonal faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmüştür⁷. GOK'ler çenelerin her bölgesinde meydana gelebilmekle beraber daha sık olarak alt çenede ve her iki çenede de ön bölgede rapor edilmiştir⁷. Lezyonun klinik ve radyolojik olarak karakteristik bir özelliği bulunmamaktadır. Klinik olarak ağrısız şişlikle karakterize tek veya çift taraflı gözlenebilen lezyon, radyolojik olarak uniloküler yada multiloküler (% 48)⁹; sınırları düz veya girintili çıkıntılı şekilde, belirgin görüntü vermektedir⁶. Gömülü dişlerle birlikte gözlenmeyen ve büyük çaplara ulaşabilen lezyona genellikle ekspansiyon eşlik et-



Resim 3. 2 yıl sonra kontrol amaçlı panoramik radyografisinde herhangi bir rekürens bulunmamaktadır.

mektedir (% 87)^{7,9}. Kaplan ve arkadaşlarının³ derlemesinde kortikal kemik perforasyon oranının % 85, Mc Donald- Jankowski sistematik derlemesinde ise % 62 olduğu bildirilmektedir³. İnvaziv büyüme eğilimi gösteren GOK, genellikle doku destrüksiyonu, lamina dura kaybı, dişlerde yer değiştirme ve kök rezorpsiyonuna sebep olmaktadır. Radyografik görünümünün patognomonik olmaması sebebiyle santral dev hücreli granuloma, solid tip ameloblastoma ve odontojenik keratokistten ayırımı oldukça zordur⁹.

Manor ve arkadaşları⁹ literatürde varolan 51 olguyu inceledikleri derlemelerinde GOK tanısında panoramik radyografinin esas geleneksel radyografi seçeneği olduğunu bildirmişlerdir. Tek başına periapikal veya lateral grafinin yanı sıra okluzal grafinin kullanıldığı olgular da mevcuttur. GOK'in çevre dokulara yaptığı etkilerle ilgili bilgi sınırlıdır, bu nedenle kök rezorpsiyonu gibi yüksek rezolüsyon

gerektiren etkilerin radyografik olarak gözlenebilmesinin yanı sıra ekonomik olması ve hastanın daha az radyasyona maruz kalması nedeniyle ileri görüntüleme yöntemleri yerine geleneksel radyografi tercih edilmelidir⁹.

Ancak, lezyonun multiloküler olması halinde, kortikal kemik perforasyonu ve yumuşak doku invazyonu mevcutsa veya sinüs, burun ve göz tabanı gibi çene dışı yapıları içeren büyük boyutlara ulaşması durumunda, tedavi seçeneğinin belirlenmesi ve hasta takibi açısından panoramik radyografinin yanı sıra BT görüntülemenin kullanılması önerilmektedir¹⁰.

Birçok araştırmacı tarafından GOK, kortikal kemikte yarattığı erozyon ve perforasyon eğilimi ve rekürrens sıklığı nedeniyle agresif bir kist olarak kabul edilmektedir. GOK'in agresif doğası ve rekürrens eğilimi kisti çevreleyen epitel hücrelerinin kinetiği ile ilişkilendirilmiştir⁴. Ayrıca rekürrens oranı lezyonun büyüklüğüyle doğru orantılı olarak ve multiloküler özellik taşıması halinde artmaktadır. Rekürrens oranını arttıran diğer bir faktör ise tedavi yöntemi olarak konservatif metotların tercih edilmesidir³. Bu tip ince duvarlı multikistik lezyonların küretaj veya enükleasyon ile 5 yıl içinde tekrarlama oranları %55'tir². Bu nedenle tedavi yaklaşımı çelişkilidir ve cerrahi yaklaşımı küretajdan enükleasyon, en blok ve parsiyel osteotomiye kadar uzanır⁶. Hastanın tekrarlama riski nedeniyle cerrahi yaklaşım sonrası uzun dönem takibi önerilmektedir. Kaplan ve arkadaşları⁴ tarafından en az 3 yıl tercihen 7 yıllık periyotta kontrolü önerilmektedir. Shen ve arkadaşlarının¹³ 3 yıl sonra Hussain ve arkadaşlarının² 7 yıl sonra tekrarlayan birer olguları Thor ve arkadaşlarının¹⁴ 13 yıl uzun dönem takiplerinde ise 10 yıl içinde 11 tekrarlayan olguları bulunduğu bildirilmektedir. Bu nedenle nüks etme ihtimali yüksek olan GOK'in tedavisi, basit bir küretajdan ziyade radikal cerrahi yaklaşım ve sonrasında dikkatli takip gerektirmektedir. Thor ve arkadaşları¹⁴ tarafından rezeksiyon uygulamalarında tekrarlama riski olmadığı bildirilmiştir.

Bizim olgumuz yaş ve cinsiyet yönünden literatüre uyumlu gözükmeyle birlikte, sıklıkla alt çenenin ön bölgesinde yerleşen GOK'in aksine üst çenenin arka bölgesinde kanin ve büyük azı dişler bölgesinde bulunmasıyla farklılık ve bu nedenle ayırıcı tanı yö-

nünden önem taşımaktadır. Konservatif yaklaşımların yüksek tekrarlama riskinden dolayı olguda radikal bir cerrahi yaklaşım ve uzun süreli periyodik kontrol gerekli görüldü.

GOK spesifik histopatolojik özellikler taşımakla birlikte ayırıcı tanısında mikroskopik özellikleri benzerlik taşıyan botyroid kist, muköz metaplazi içeren radiküler ve dentijeröz kistler ve en önemlisi düşük düzeyli mukoepidermoid karsinoma³, radyografik özellikleri benzerlik taşıyan santral dev hücreli granuloma, solid tip ameloblastoma ve odontojenik keratokist düşünülmelidir⁸.

Sonuç olarak, spesifik ve kompleks histopatolojik özellikler taşıyan GOK, diğer odontojenik kistlerle klinik, radyolojik ve histopatolojik yönden benzerlik taşıması nedeniyle ön tanıda göz önüne alınması gereken bir lezyondur. Radyolojik olarak farklı, histopatolojik olarak farklı lezyonlarla benzerlik göstermesi lezyonun ayırıcı tanısını zorlaştırmaktadır.

Bu nedenle histopatolojik olarak doğru tanıya ulaşılabilecek kriterlerin belirlenmesi, tekrarlama riskinin azaltmak amacıyla radikal cerrahi yaklaşım seçilmesi ve postoperatif uzun dönem takip zorunluluğu bu kist için bilinmesi gereken özelliklerdir.

KAYNAKLAR

1. Gardner DC, Kessler HP, Morency R, Schaffner DL. The glandular odontogenic cyst: an apperant entity. J Oral Pathol 17: 359-366, 1988.
2. Hussain K, Edmondson HD, Browne RM. Glandular odontogenic cyst Diagnosis and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod 79: 593-602, 1995.
3. Kaplan I, Anavi Y, Hirsberg A. Glandular odontogenic cyst: a challenge in diagnosis and treatment. Oral Diseases 14: 575-581, 2008.
4. Kaplan I, Gal G, Anavi Y, Manor R, Calderon S. Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence. J Oral Maxillofac Surg 63: 435-441, 2005.
5. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. WHO international histological classification of tumors, 2nd edn. Berlin, Germany: Springer-Verlag, 1992; 38.
6. Krishnamurthy A, Sherlin HJ, Ramalingam K, Natesan A, Premkumar P, Ramani P, et al. Glandular Odontogeniccyst: Report of two cases and review of literature. Head and Neck Pathol 3: 153-158, 2009.

7. MacDonald-Jankowski DS. Glandular odontogenic cyst: systematic review. Dentomaxillofac Rad 39: 127-139, 2010.
8. Manojlovic S, Grgurevic J, Knezevic G, Kruslin B. Glandular Odontogenic cyst: a case report and clinicopathologic analysis of the relationship to central mucoepidermoid carcinoma. Head and Neck Pathol 19: 227-231, 1997.
9. Manor R, Anavi Y, Kaplan I, Calderon S. Radiological features of glandular odontogenic cyst. Dentomaxillofac Rad 32: 73-79, 2003.
10. Oliveira JX, Santos KCP, Nunes FD, Hiraki KRN, Sales MAO, Cavalcanti MGP, et al. Odontogenic glandular cyst: a case report. J Oral Sci 51: 467-470, 2009.
11. Padayachee A, Van Wyk CW. Two cystic lesions with features of both the botyroid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumor: sialo-odontogenic cyst? J Oral Pathol 16: 499-504, 1987.
12. Shear M, Speight P. Cyst of the oral and maxillofacial region, 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007: 94-99.
13. Shen J, Fan M, Chen X, Wang S, Li Y. Glandular odontogenic cyst in China: report of 12 cases and immunohistochemical study. J Oral Pathol Med 35: 175-182, 2006.
14. Thor A, Warfvinge G, Fernandes R. The course of a long-standing glandular odontogenic cyst: Marginal resection and reconstruction with particulated bone graft , platelet rich plasma, and additional vertical alveolar distraction. J Oral Maxillofac Surg 64: 1121-1128, 2006.

Yazışma Adresi

Dr. Erinç ÖNEM

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

e-posta: onemerinc@hotmail.com

BOŞ