

# Nadir Yerleşimli Geniş Hacimli Keratokistik Odontojenik Tümör

## Rare Located Wide Volume Keratocystic Odontojenic Tumor

Fatma BİLGEN<sup>1</sup>, Alper URAL<sup>1</sup>, Mehmet BEKERECİOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

<sup>2</sup> Prof. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

### Öz

KCOT (Keratistik Odontojenik tümör) tüm çene kistlerinin % 7,8'ini oluşturmaktadır ve mandibulada daha sık gözlenmektedir. Genellikle bulgu vermeden ilerler. Ancak enfeksiyona sekonder ağrı ve şişlik ortaya çıkabilir. Maksilla yerleşimli KCOT, % 30 oranında oral mukoza ekspansiyonu ile karşımıza çıkar. Çalışmada, nadir bir olgu olarak, sağ yanakta şişlik dışında şikayeti olmayan, tüm maksiller sinüsü kaplamış v emaksillar sinüs anterior duvarını erode etmiş, keratokistik odontojenik tumor ve tedavi yaklaşımımız sunulmaktadır. 37 yaşında erkek hasta yaklaşık 6 aydır sağ malar bölgede 3x3 cm. lik şişlik ve intraoral ekspansiyon nedeniyle opere edildi. Çıkarılan kist duvarı ile histopatolojik incelemeye gönderildi ve sonuç odontojenik keratokist olarak tespit edildi.

Sonuç olarak, keratokistik odontojenik tümörler, maksiller sinüs içerisinde, bir diş ile birlikte veya diş olmadan ortaya çıkabilir. Hastanın yönetiminde önemli olan, uygun tedavi yönteminin seçimi ve nüks oranı yüksekliği konusunda doğru bilgilendirme ve takiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Maksilla, keratokist, tedavi

### Abstract

KCOT (Keratocystic Odontogenic Tumor) accounts for 7.8% of all jaw cysts and is more common in the mandible. Usually progresses without finding. However, pain and swelling secondary to infection may occur. Maxillary KCOT presents with 30% oral mucosal expansion. In this study, we present a rare case of keratocystic odontogenic tumor and its treatment approach that covered the maxillary sinus and eroded the anterior wall of the maxillary sinus. A 37-year-old male patient had a history of 3x3 cm in the right malar region for approximately 6 months. swelling and intraoral expansion. The removed cyst was sent for histopathological examination with its wall and the result was determined as odontogenic keratocyst.

As a result, keratocystic odontogenic tumors may occur in the maxillary sinus with or without a tooth. The most important information in the management of the patient is the correct information and follow-up on the choice of appropriate treatment method and the high recurrence rate.

**Key Words:** Hamartoma, spleen, mass, splenoma

### GİRİŞ

Odontojenik keratokistlerin, dental lamina kalıntılarından veya diş formasyonu oluşmadan önce mine organı gibi primordial dokulardan köken aldığı düşünülmektedir (1).

İlk olarak 1872 yılında Mikulicz tarafından tespit edilmiş, 1956 yılında Philipsan tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Keratistik odontojenik tümör (KCOT)" olarak isimlendirilmiştir. KCOT, agresif davranışlı ve nüks oranı yüksek (% 5-70) benign odontojenik bir tümör olmasına rağmen malign transformasyonu da rapor edilmiştir (1, 2).

KCOT tüm çene kistlerinin % 7,8'ini oluşturmaktadır ve mandibulada daha sık gözlenmektedir (2). Genellikle bulgu vermeden ilerler. Ancak enfeksiyona sekonder ağrı ve şişlik ortaya çıkabilir. Maksilla yerleşimli KCOT, % 30 oranında oral mukoza ekspansiyonu ile karşımıza çıkar (2, 3).

Tanı ve kistin değerlendirilmesinde en iyi yöntem Bilgisayarlı Tomografi olup, kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır (4).

Tedavisi cerrahi olup, konservatif ve agresif olmak üzere 2 tedavi yaklaşımı bulunmaktadır. Konservatif

tedavide küretaj ve kese ile birlikte basit enükleasyon önerilirken, agresif tedavide parsiyel ostektomi, Corney solusyonu ile kimyasal küretaj ve rezeksiyon uygulanmaktadır (4,5).

Sunulan çalışmada, nadir bir olgu olarak, sağ yanakta şişlik dışında şikayeti olmayan, tüm maksiller sinüsü kaplamış ve maksillar sinüs anterior duvarını erode etmiş, keratokistik odontojenik tumor ve tedavi yaklaşımımız sunulmaktadır.

### OLGU SUNUMU

37 yaşında erkek hasta yaklaşık 6 aydır sağ yanakta ağrısız büyüyen şişlik şikayeti ile kliniğimize müracat etti. Muayenesinde sağ malar bölgede 3x3 cm.lik şişlik ve intraoral ekspansiyon gözlemlendi. Hastanın fizik muayenesinde ve laboratuvar sonuçlarında patoloji tespit edilmedi.

Maksillafasial BT de sağ maksiller sinüs ve cilt altı yumuşak doku protrude görünümde olup, 31x26 mm boyutlarında iyi sınırlı hipodens lezyon tespit edildi. (Resim 1).

**İletişim:** Dr. Fatma Bilgen, KSÜ Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Kahramanmaraş

**DOI:** 10.17517/ksutfd.481727

**Tel :** 0 344 300 38 04

**E-Posta :** fatmabilgen81@gmail.com

**Geliş Tarihi :** 12.11.2019

**Kabul Tarihi :** 22.03.2019



Resim 1. Hastanın preoperative görüntüsü ve tomografi görüntüsü

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Caldwelluc insizyon ile girilerek maksilla ve maksiller sinüs ön duvarına ulaşıldı. Kistin maksiller sinüs anterior duvarını erode ettiği v etüm maksiler sinüsü kapladığı gözlemlendi. Kist, maksiller sinüs tabanından kürete edildi ve kistin maksiler sinüsten total enükleasyonu sağlandı. Çıkarılan kist duvarı ile histopatolojik incelemeye gönderildi ve sonuç odontojenik keratokist olarak tespit edildi. Postoperatif 6 aylık takiplerinde komplikasyon ile karşılaşmadı.

### TARTIŞMA

KCOT, hızlı büyüme, yüksek rekürrens oranları ve çevre dokuları istila etme eğilimi nedeniyle en agresif odontojenik tümörlerden biridir. Scharfetter ve ark. KCOT epiteli ve bağ dokusunun farklı bölümlerinde hem yavaş hem de hızlı proliferasyon alanlar göstermişler ve invaziv büyümesini bağ dokusu duvarının aktif proliferasyonundan kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Yüksek rekürrens oranını, kist duvarında artmış fibrinolitik aktiviteye, bağ dokusunda artmış mitotik aktivite ile epitelyum proliferasyonu ve arkasından residual dental laminadan yeni kist oluşumu şeklinde açıklamışlardır. Kistin kemik rezorpsiyonu yapması, osteoklast benzeri hücre aktivasyonu ve/veya biyolojik olarak aktif kollejenazlar aracılığı ile gerçekleşmektedir (1, 2, 5).

KCOT, klinik olarak asemptomatiktir. Bulgular ileri aşamada, sıklıkla diş ağrısı, şişlik ve kemik perforasyonu şeklinde ortaya çıkar (6).

KCOT yaşamın 2. ve 3. Dekatlarında en sık görülen çene tümörlerinden biridir. Erkeklerde kadınlara

oranla 2 kat fazla görülmektedir. Sunulan olgu da literatür ile uyumlu idi. Odontojenik kistler % 75,5 oranı ile çoğunlukla mandibula da gözlenirken, mandibulada da corpus yerleşimlidir. Maksilla yerleşimi KCOT'lar daha nadirdir ve yuvarlak, pürüzsüz görünümündedir. Sunulan olguda nadir bir yerleşim olarak maksiller sinüs anteriorund agörülmektedir (7,8).

Cerrahi müdahale öncesi, klinik ve radyolojik olarak keratokist teşhisinin konulması çok zordur. Keratokistten aspire edilen kist sıvısının total çözülebilir protein konsantrasyonunun diğer nonkeratinize odontojenik kistlerinkinden daha düşük olduğunun (<4.0 gr/100 ml) gösterilmesi ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır. Ayırıcı tanısı dentigeröz kist, kalsifiye odontojenik kist, adenomatoid odontojenik tümör, ameloblastik fibroma ve diğer nadir görülen odontojenik kistler ile yapılır. Bununla beraber santral dev hücreli granüloma, travmatik kemik kisti ve anevrizmal kemik kisti gibi radyolüsent, non-odontojenik tümörler genç hastalarda ayırıcı tanıya eklenebilir (9).

KCOT, konservatif ve agresif olmak üzere 2 şekilde tedavi edilebilir. Konservatif yöntemde küretaj veya kese ile birlikte basit enükleasyon önerilirken, agresif yöntemler arasında periferik ostektomi, Cornoy's solusyonu ile kimyasal küretaj ve rezeksiyon yer almaktadır (10).

Sonuç olarak, keratokistik odontojenik tümörler, maksiler sinüs içerisinde, bir diş ile birlikte veya diş olmadan ortaya çıkabilir. Hastanın yönetiminde önemli olan, uygun tedavi yönteminin seçimi ve nüks oranı yüksekliği konusunda doğru bilgilendirme ve takiptir. Sunulan olguda maksiller sinüs kist küretaj ve enükleasyonu sonrası 6 aylık takiplerinde nüks gözlenmezken, takip süresinin 5 yıla tamamlanması gerektiği görülmüştür.

**KAYNAKLAR**

1. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med.* 2006; 35: 500-7.
2. Al-Bodbaj MH, Al-AteyahA, Chopra R, Al-Marzoq N, Al-Qassab G. Keratocystic odontogenic tumor in the maxillary sinus: A case report. *Oral Health Care*, 2016; 1: 1-3.
3. Jafaripozve S, Allameh M, Khorasgani MA, Jafaripozve N. Keratocystodonogenic tumor in the anterior of the maxilla: A case report and literature review. *J Oral Maxillofac Radiol* 2013; 1: 90-2.
4. Mendes RA, Carvalho JF, van der Waal I. Biological pathways involved in the aggressive behavior of the keratocystic odontogenic tumor and possible implications for molecular oriented treatment - an overview. *Oral Oncol* 2010; 46: 19-24.
5. William TP, Connor F. Surgical management of the odontogenic keratocysts, agresive approach. *J Oral Maksillofac Surg.* 1994; 52: 964-6.
6. Bataineh AB, Rawashdeh MA, Al Qudah MA. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. *Quintessence Int* 2004; 35: 815-9.
7. Özkırış M, Gencer ZK, Saydam L. Maxillary sinus odontogenic keratocyst presenting with orbital pain and inferior rectus dysfunction. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2017; 27: 237-40.
8. Naveen F, Tippu SR, Girish K, Kalra M, Desai V. Maxillary keratocystic odontogenic tumor with calcifications: A review and case report. *J Oral Maxillofac Pathol* 2011;15: 295-8.
9. Maurette PE, Jorge J, de Moraes M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: A preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 379-83.
10. Yildirim G, Ataoglu H, Kalayci A, Özkan BT, Kucuk K, Esen A. Conservative Treatment Protocol for Keratocystic Odontogenic Tumour: a Follow-up Study of 3 Cases. *J Oral Maxillofac Res* 2010; 1:e7.