

Keratokistik Odontojenik Tümör: Bir Olgu Sunumu

Keratocystic Odontogenic Tumor: A Case Report

Emin Murat CANGER*, Duygu GÖLLER BULUT**, Nükhet KÜTÜK***, Ömer GÜNHAN†

Özet

Keratokistik odontojenik tümör lokal agresif, destrüktif ve infiltratif özellikte ve rekürrens oranı yüksek olan benign bir odontojenik neoplazidir. Odontojenik keratokist olarak bilinirken, bu lezyonun parakeratotik tipi odontojenik tümörlere benzer histopatolojik özellikleri nedeniyle 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından odontojenik neoplazi sınıflamasına dahil edilmiştir. Otuz yedi yaşında erkek hasta sağ alt çenesinde azı dişlerinin bulunduğu bölgede şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Radyografik incelemede sağ mandibular ramus bölgesinde düzgün kortikal kemikle çevrili radyolüsent bir lezyon tespit edildi. Yapılan histopatolojik incelemenin sonucu, keratokistik odontojenik tümör olarak rapor edildi.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik tümörler, keratokistler, parakeratoz, konik ışıklı bilgisayarlı tomografi

Abstract

Keratocystic odontogenic tumor, is an aggressive, destructive benign odontogenic neoplasm with a high recurrence incidence. While known as odontogenic keratocyst, because of having similar histopathologic characteristics with benign tumors, the parakeratotic type of this lesion was reclassified as a benign neoplasm by the World Health Organisation in 2005. A 37-year-old male patient attended our clinic with the chief complaint of swelling at the right mandibular molar region. Radiographic examination revealed a scalloped bordered radiolucency with well-defined, corticated borders. The result of the histopathological examination was reported as keratocystic odontogenic tumor.

Key Words: Odontogenic tumors, keratocysts, parakeratosis, cone beam computed tomography

* Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD, Kayseri, Türkiye

** Dt., Erciyes Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD, Kayseri, Türkiye

*** Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Kayseri, Türkiye

† Prof. Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji AD, Ankara, Türkiye

Keratokistik odontojenik tümör (KOT), 2005 yılına kadar rekürrens özelliği diğer kistlerden farklı olan gelişimsel bir kist olarak kabul edilmekteydi ve odontojenik keratokist (OKK) olarak adlandırılmaktaydı. Dünya Sağlık Örgütü, ortokeratinize ve parakeratinize olmak üzere iki tipi olan OKK'nın rekürrens oranı yüksek olan ve bazı neoplazilerin klinik ve histopatolojik özelliklerini ve belirgin moleküler genetik değişimlerini sergileyen parakeratotik tipini, 2005 yılında yaptığı sınıflamada "KOT" olarak benign odontojenik epitelyal tümör sınıflamasına dahil etmiştir.¹⁻⁴ KOT, 2005'de yapılan yeni tümör sınıflamasından sonra en sık karşılaşılan odontojenik tümör olarak tanımlanmıştır.^{1,2}

KOT'un dental laminadan veya artıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.⁵ Histolojik olarak kübik veya kolumnar bazal tabaka hücrelerinin çit şeklinde dizelenme gösterdiği, retesiz 6-7 sıralı, üniform kalınlıkta parakeratinize çok katlı yassı epitel ile örtülü kistik yapı şeklinde izlenir. Epitelin keratinize tabakası genel olarak, korügasyon tabir edilen kıvrımlar göstermektedir. Kist bağ doku duvarı genelde fibrotik karakterde olup, uydu kistler ve odontojenik epitelyum artıkları içerir.^{1,5}

Bu makalede, sağ mandibulada, angulus ile ramusu içine alan ve koronoid proçese kadar uzanan, parakeratotik tip odontojenik keratokist (KOT) olgusu, klinik, radyografik ve histopatolojik özellikleri ile birlikte sunulmaktadır.

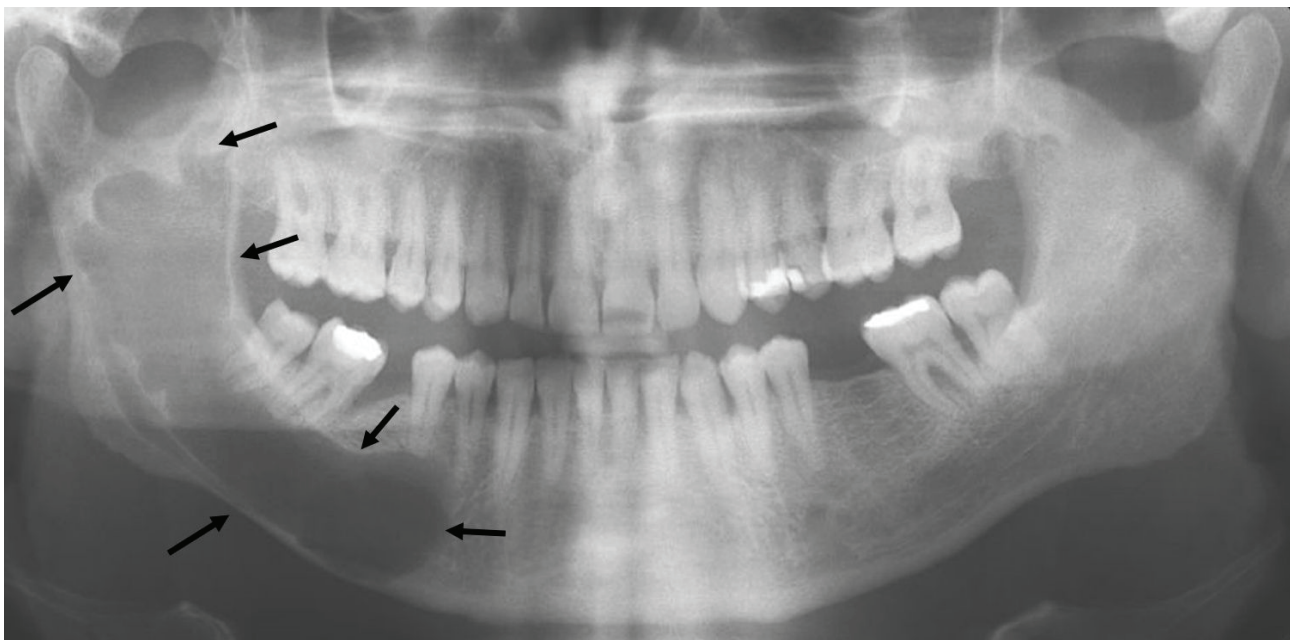
OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşındaki erkek hasta kliniğimize sağ alt çenesinde azı dişlerinin bulunduğu bölgede çığnemeyle artan ağrılı bir şişlik şikayetiyle başvurdu. Anamnezde sistemik hastalık veya travma hikayesi olmadığı öğrenildi.

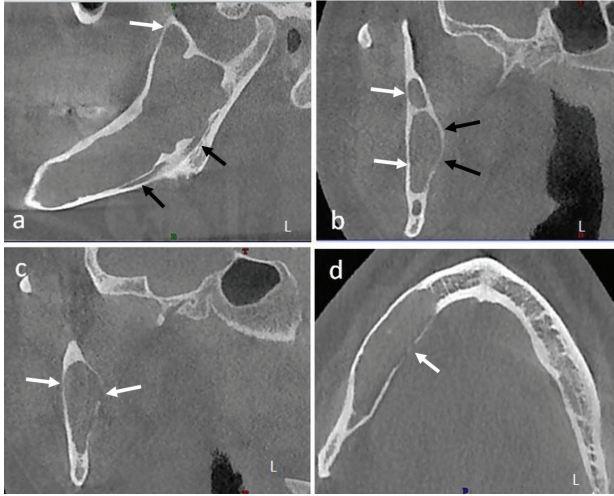
İntraoral muayenede, 44 ve 45 numaralı dişlerin bukkal apikal bölgesinde, yaklaşık 1 cm çapında, vestibul sulkusu dolduran, palpasyonda kemik sertliğinde şişlik belirlendi. Elektrikli pulpa testi yapıldı ve 44, 45, 47 ve 48 numaralı dişlerin pozitif yanıt verdiği saptandı.

Panoramik radyografrafta, sağ mandibular premolar dişten başlayıp posteriorda koronoid proçese kadar uzanacak şekilde ramusa uzanan, 44, 45, 47 ve 48 numaralı diş köklerini içine alan, sınırları belirgin, kortikal kemikle çevrili radyolüsent bir lezyon belirlendi. Lezyon mandibular kanalı içine almış ve inferiora deplase etmiş olup, 45 numaralı dişte kök rezorpsiyonu yapmıştı (Şekil 1).

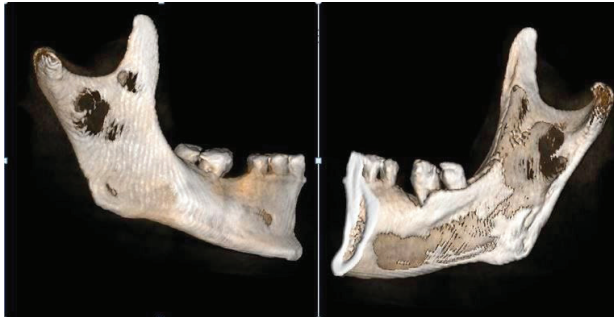
Lezyonun sınırlarının tam olarak incelenebilmesi ve olası kortikal perforasyonun belirlenebilmesi amacıyla konik ışıklı bilgisayarlı tomografi (KİBT) incelemesi yapıldı. Aksiyal, koronal ve sagittal kesitlerde; sağ mandibular premolar bölgeden başlayıp koronoid çıkıntıya kadar uzanan, bukkal ve lingual yönde ekspansiyon yapan ve her iki tarafta da yer yer perforasyona neden olan multiloküler radyolüsent lezyon görüldü (Şekil 2, Şekil 3).



Şekil 1. Panoramik radyografrafta 45 numaralı dişten ramusa kadar uzanan, koronoid proçesi tutan, kortikal kemikle çevrili, kondil bölgesinde dairesel sınırları olan, inferior alveolar kanalı inferior yönde deplase etmiş ve 45, 46 ve 47 numaralı diş köklerinde rezorpsiyon meydana getirmiş lezyon izlenmektedir (oklar)



Şekil 2. KIBT kesitleri. a. Sagittal kesit, lezyonun koronoid süreç kadar uzandığı (beyaz ok) ve mandibular kanalı inferior yönde deplase etmiş olduğu görülmekte (siyah oklar), b. Koronal kesit, lezyonun multiloküler olduğu (beyaz oklar) ve linguale doğru ekspansiyon yaptığı (siyah oklar) izlenmekte, c. Koronal kesit, bukkal ve lingual kortikal tabakada perforasyon (oklar), d. Aksiyal kesit, linguale ekspansiyon ve kortikal tabakada perforasyon (ok)

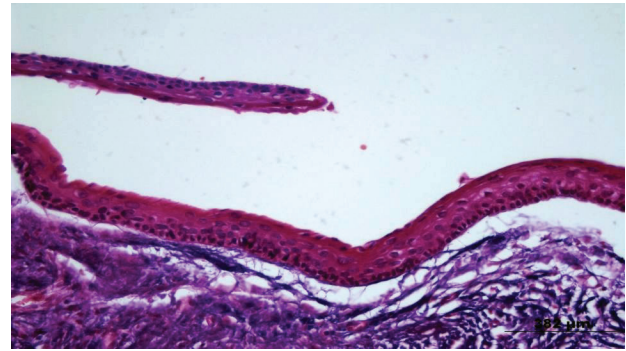


Şekil 3. Üç boyutlu KIBT rekonstrüksiyonlarında destrüksiyonun yaygınlığı ile bukkal ve lingual kortikal tabakada perforasyon

Sağ mandibular ve premolar-molar dişler bölgesinde vestibül infiltratif anesteziler yapıldıktan sonra kemik ekspansiyonu alanının üzerinde, yaklaşık 2 cm uzunluğunda horizontal tam insizyon yapılarak tam kalınlık flep kaldırıldı. Rond frezle ekspansif kemik üzerinde epitel örtü izleninceye kadar, yaklaşık 1,5 cm çapında kemik penceresi açıldı. Epitel örtü kemik duvarlardan yaklaşık 1 cm diseke edilerek serbestleştirildi ve buradan insizyonel biyopsi alındı. Elde edilen biyopsi materyali makroskopik olarak kalınlaşmış kist epiteli şeklinde, beyaz renkli ve yaklaşık 1x0,5 cm boyutlarındaydı. Kist kavitesi enfekte püy materyali içeriyordu. Biyopsi materyali %10'luk formol içinde histopatolojik incelemeye gönderildi.

Materyalin histopatolojik incelemesinde, kesitlerde periferde konak kemiğe ait reaktif kemik trabekül-

lerinin yanı sıra, fragmanlar halinde bazal tabakası belirgin palisadlanma gösteren, retesiz, parakeratinize çok katlı yassı epitelle döşeli kistik yapı izlendi. Kist doku duvarı fibrotik yapıda olup, inflamatuvar hücre infiltrasyonu içermemekteydi. Kist lümeninde lameller keratinin çok yoğun olarak izlendiği de belirtildi. Vaka, parakeratotik tip odontojenik keratokist (KOT) olarak rapor edildi (Şekil 4). Biyopsi raporunu takiben, hasta tanı ve tedavisi ile ilgili detaylı olarak bilgilendirildi. Ancak olası tüm riskler açıklanmasına rağmen, hasta tedaviyi reddetti.



Şekil 4. Tabakalanma artışı bulunmayan, parakeratinize, bazal tabakası yüksek kolumnar ve belirgin çok katlı yassı epitelden oluşan keratokistik odontojenik tümör (HEX400)

TARTIŞMA

KOT'ların ayırıcı tanısında ve biyolojik davranışını öngörmede yardımcı olan bazı histopatolojik özellikler bulunmaktadır. Kist epitelinin artmış mitotik aktivitesi, bazal tabakanın bağ doku içine tomurcuklanmalar yapması ve kist bağ doku duvarında yer alan uydu kistlerin varlığı KOT'ları diğer odontojenik tümörlerden ayırmada ve agresif özelliğini tanımlamada yararlı olabilmektedir. En önemli özelliği tedaviye rağmen rekürrens göstermesidir.¹ Rekürrens insidansının %2,5-62,5 arasında değiştiği belirtilmiştir. Rekürrens özellikle posterior mandibula ve ramus bölgesindeki lezyonlarda görülmektedir. Birden fazla rekürrens çok nadir bir durum değildir.^{1,5} Rekürrens eğiliminde olması nedeniyle, hastaların tedaviden itibaren 5 yıl süreyle takibi önerilmektedir. Bu lezyon çok nadir de olsa malign değişim gösterebilmektedir ve keratinizasyonun bu değişimi artırdığı düşünülmektedir.⁵

Bu tümör genellikle 10-40 yaşları arasında görülür ve erkeklerde kadınlardan daha fazla görülme eğilimindedir. Bazı çalışmalar kadın/erkek oranını 1/2 olarak vermektedir. İki çenede de görülmekle birlikte mandibulada maksillaya oranla iki kat daha fazla rastlanmaktadır. Lezyon çoğunlukla asemptomatiktir ve kemiğin medullar kavitesi içinde antero-posterior doğrultuda genişleme yaparak hafif bir şişlik oluşturu-

rabilir. Bu şişlik mandibulada bukkal, maksillada ise bukkal veya palatinal yöndedir ve KOT'un en önemli klinik bulgusudur. KOT ağrı yapmadan kortikal ekspansiyon ve perforasyon yapar ve komşu dişlerde mobilitateye sebep olur ve agresif yapısına rağmen yavaş gelişir. Lezyon sekonder olarak enfekte olursa hastada ağrı şikayeti olabilir.¹⁻⁶ Bu lezyon soliter olabilir veya Gorlin-Goltz sendromu (bazal hücreli nevus sendromu) ile birlikte görülebilir. Hastamızın erkek oluşu ve yaşı gibi demografik özellikleri ile lezyonun yavaş gelişmesi, yalnızca bukkale hafif bir şişlik yapması ve kortikal ekspansiyon ve perforasyon yapması nedeniyle yukarıda sayılan özellikler ile uyumludur. Ancak lezyonun büyüklüğüne rağmen dişlerde mobilite tespit edilmemiştir. KOT'ların büyük çoğunluğu, olgumuzdaki gibi, posterior mandibula gövdesi, angulus mandibula ve ramusta bulunur. Yine olgumuzdaki gibi, radyograflarda düzgün kortikal sınırlı radyolüsensiler olarak görülebilir. Uniloküler olabileceği gibi, özellikle büyük lezyonlarda, multiloküler de olabilir. Dişlerde yer değiştirme ve kök rezorpsiyonu görülebilir.^{2,4-7} Olguların yaklaşık %25-40'ı sürmemiş bir dişin kronu ile ilişkili olarak bulunmaktadır. Bu durum ayırıcı tanıda dentigeröz kistin de göz önünde bulundurulması gereğini ortaya çıkarmaktadır.⁵ Genellikle konvansiyonel radyograflar lezyonların belirlenmesinde yeterli olur ancak kortikal perforasyon belirlenmesinde KIBT, yumuşak doku infiltrasyonunun belirlenmesinde de manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yararlı sonuçlar verir. Özellikle KIBT lezyonun

lokalizasyonu ve sınırlarının belirlenmesinde, mandibular kanal gibi anatomik komşuluklarla lezyon ilişkisinin ortaya koyulmasında ve olası mandibular fraktür riskinin değerlendirilmesinde çok yararlıdır. Üç boyutlu rekonstrüksiyon yapılabilmesi de önemli bir avantajdır.^{1,6,7} Olgumuzda da multilokülerlik ve bukkal-lingual kortikal perforasyon KIBT görüntülerinde belirlenmiştir.

Tedavi seçenekleri lezyonun boyutu ve kapsadığı bölgeye göre basit enükleasyon, dekompresyon gibi konservatif yöntemlerden, kriyocerrahi, kimyasal destrüksiyon veya rezeksiyon gibi agresif yöntemlere kadar değişebilmektedir.² Olası tüm riskler anlatılmasına rağmen hastanın tedaviyi kabul etmemiş olması ilginç bir durum oluşturmaktadır.

SONUÇ

KOT'un gerçek sınırlarının ortaya koyulmasında, mandibular kanal gibi anatomik yapılarla lezyonun ilişkisinin gösterilmesinde ve bukkal ve/veya lingual kemik perforasyonu sonucu yumuşak doku infiltrasyonunun belirlenmesinde KIBT'nin yararlı sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Ayrıca lezyonun günümüzde odontojenik tümör olarak kabul edilmesi nedeniyle tedavi yaklaşımları yeniden değerlendirilmekte ve yüksek rekürrens göstermesi de klinik ve radyografik kontrollerinin daha sık yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Kaynaklar

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd. ed. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2009. p.683-7.
2. Koçak-Berberoğlu H, Çakarer S, Brkić A, Gürkan-Koseoglu B, Altuğ-Aydil B, Keskin C. Three-dimensional cone beam computed tomography for diagnosis of keratocystic odontogenic tumours; evaluation of four cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012;17:e1000-5.
3. Telles DC, Castro WH, Gomez RS, Souto GR, Mesquita RA. Morphometric evaluation of keratocystic odontogenic tumor before and after marsupialization. Braz Oral Res. 2013;27:496-502.
4. Finkelstein MW, Hellstein JW, Lake KS, Vincent SD. Keratocystic odontogenic tumor: A retrospective analysis of genetic, immunohistochemical and therapeutic features. Proposal of a multicenter clinical survey tool. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116:75-83.
5. Bhargava D, Deshpande A, Pogrel MA. Keratocystic odontogenic tumour (KCOT)- a cyst to a tumour. Oral Maxillofac Surg. 2012;16:163-70.
6. Brauer HU, Diaz C, Manegold-Brauer G. Radiographic assessment of a keratocystic odontogenic tumour using cone-beam computed tomography. Eur Arch Paediatr Dent. 2013;14:173-7.
7. Shephard M, Coleman H. Simultaneous adenomatoid odontogenic and keratocystic odontogenic tumours in a patient with Gorlin-Goltz Syndrome. Aust Dent J. 2014;59:121-4. Erratum in: Aust Dent J. 2014;59:278.

Yazışma Adresi:

Dr. Emin Murat CANGER
Erciyes Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD
Melikgazi 38039 KAYSERİ
Tel: 0352 207 66 66/29228 • Faks: 0352 438 06 57 • e-posta: mcanger@gmail.com

