

Ceren DAYANAN<sup>1, a</sup>

<sup>1</sup> Diyarbakır Ağız ve Diş  
Sağlığı Hastanesi,  
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi  
Anabilim Dalı,  
Diyarbakır, TÜRKİYE

<sup>a</sup> ORCID: 0000-0003-3895-2771**Maksiller Sinüste Geniş Hacimli Rezidüel Kist: Olgu Sunumu \***

Rezidüel kistler, inflamatuvar odontojenik kökenli kistlerdir ve genellikle radiküler kistlerin yetersiz tedavi edilmesi sonucu görülürler. Çoğunlukla asemptomatikler ve rutin radyografide tesadüfen tespit edilirler. 51 yaşında erkek hasta, sağ maksiller bölgede bir yıl önce başlayan ve zamanla büyüyen ağrısız şişlik nedeni ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde sistemik hastalığı bulunmayan hastanın, ilgili bölgeden uzun yıllar önce yapılan diş çekimi dışında cerrahi müdahale geçirmediği ve travma almadığı öğrenildi. Alınan ortopantomografide, sağ maksiller sinüsü dolduran düzgün sınırlara sahip, sınırları birinci premolar ile ikinci molar diş arasında uzanan geniş hacimli uniloküler radyolüsent lezyon izlendi. Hastaya lokal anestezi altında kret tepesi üzerinden düz bir insizyon atıldı. Açığa çıkan kist kapsülünden lezyonun kesin histopatolojik tanısı için insizyonel biyopsi yapıldı ve kist içeriği boşaltıldı. Daha sonra dekompresyon tüpü, dokuya suture edilerek kist kavitesi ağza açık hale getirildi. 5 aylık takip sonucu kist boyutunda belirgin bir küçülme gözlemlendi ve enükleasyon gerçekleştirildi. Kistler, enükleasyon ya da kist içindeki intralüminal basıncı azaltmak için marsüpyalizasyon veya dekompresyon yoluyla cerrahi olarak tedavi edilirler. Enükleasyon, kistin tam cerrahi eksizyonuna yardımcı olur ancak bazı vakalarda kistik lezyonun boyutu, konumu, komşu anatomik yapılara yakınlığı ve hastanın yaşı enükleasyon için kontrendikasyon oluşturur. Bu çalışmada, maksiller sinüsün geniş hacimli rezidüel kisti olgusunun, dekompresyon ve sekonder enükleasyonla tedavisi nadir olması nedeni ile sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Rezidüel kist, maksiller sinüs, dekompresyon**A Large Residual Cyst Involving the Maxillary Sinus: Case Report**

Residual cysts are infrequent inflammatory cysts of the jaws of odontogenic origin and usually occur due to incomplete removal of radicular cysts. They are mostly asymptomatic and are detected incidentally on routine radiography. A 51-year-old male patient applied to our clinic with a painless swelling in the right maxillary region that started one year ago and grew over time. It was learned that the patient, who had no systemic disease in the anamnesis, had not undergone any surgical intervention or trauma other than a tooth extraction performed many years ago in the relevant region. The orthopantomography obtained showed a large volume unilocular radiolucent lesion with regular borders filling the right maxillary sinus and extending between the first premolar and second molar teeth. A straight incision was made over the crest of the patient under local anesthesia. An incisional biopsy was performed from the exposed cyst capsule for definitive histopathological diagnosis of the lesion and the cyst content was evacuated. Then, the decompression tube was sutured to the tissue and the cyst cavity was made open to the mouth. As a result of the 5-month follow-up, a significant decrease in cyst size was observed and enucleation was performed. It is treated surgically by enucleation, marsupialization, or decompression to reduce intraluminal pressure within the cyst. Enucleation aids in complete surgical excision of the cyst however, in some cases, the size of the cystic lesion, its location, proximity to adjacent anatomical structures, and the patient's age constitute a contraindication for enucleation. This study presented a case of a large-volume residual cyst of the maxillary sinus treated with decompression and secondary enucleation due to its rarity.

**Key Words:** Residual cyst, maxillary sinus, decompression

**Geliş Tarihi :** 24.06.2024  
**Kabul Tarihi :** 18.11.2024

**Giriş**

Odontojenik kistler, etiyolojilerine göre genel olarak gelişimsel ve inflamatuvar olarak sınıflandırılır. İnflamatuvar odontojenik kistler; radiküler ve lateral periodontol kistleri içerir. Radiküler kistler, çenelerin en sık görülen odontojenik kistleridir. Sıklıkla, nekrotik veya enfekte diş pulpasından kaynaklanır ve enflamasyonla beraber malessez epitel artıklarının stimüle olmasıyla gelişirler. Bu epitelyal kalıntılar, ilgili dişin uzaklaştırılmasını takiben rezidüel kist gelişimine yol açabilir (1).

Enükleasyon, kistin bulunduğu yerden bütünü ile çıkartılması anlamına gelir. Kist enükleasyonu planlanan hastalarda rekürrens oranını azaltmak için bölgenin iyice temizlendiğinden emin olunması gerekir (2). Radiküler kistlerin yetersiz tedavi edilmesi sonucu rezidüel kist görülme sıklığı %20 oranındadır (3).

Rezidüel kist, inflamatuvar kökenlidir ve genellikle çekilen dişin apikal veya bitişiğinde oluşan radiküler kistten gelişir. Rezidüel kistler geleneksel radiküler kistlerle aynı özelliklere sahiptir ancak sebebin (yani çürük diş/köklerin) ortadan kaldırılmasına bağlı olarak, bu kistlerdeki inflamatuvar infiltrasyon azalır ve duvarlarında inflamatuvar

**Yazışma Adresi****Ceren DAYANAN**

Diyarbakır Ağız ve Diş  
Sağlığı Hastanesi,  
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi  
Anabilim Dalı,  
Diyarbakır - TÜRKİYE

cerendayanan@gmail.com

\* Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Kongresi, 9-13 Ekim 2024, Bodrum/TÜRKİYE

olmayan fibröz kollajen doku bulunur. Bu kistler, aynı zamanda ince bir epitelyal astara sahiptir ve bu da histopatolojik yöntemlerle tanımlanmasını daha zor hale getirir. Bazı çalışmalar rezidüel kistlerin birkaç yıldır dişsiz olan bölgelerde aktif büyüme paterni gösterdiğini bildirmiştir (4, 5). Bazı çalışmalar, rezidüel kistlerin birkaç yıldır dişsiz olan bölgelerde aktif büyüme paterni gösterdiğini bildirmiştir.

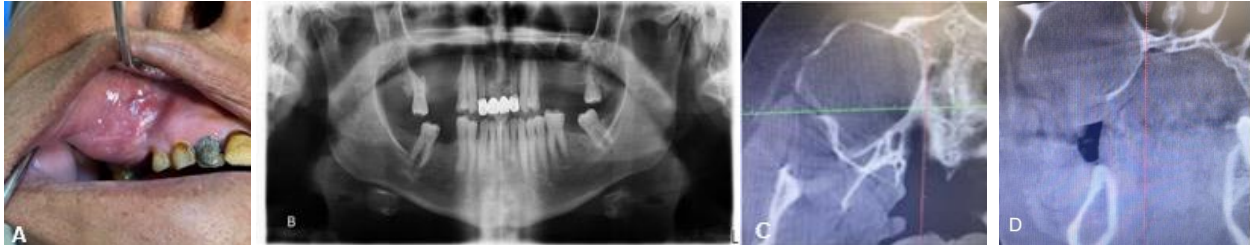
Çenelerdeki rezidüel kistlerin klinik-patolojik sunumuyla ilgili literatürde eksiklik vardır (6). Çenelerdeki daha agresif kistleri ve tümörleri taklit edebildiklerinden bu özellikle önemlidir. Ayrıca nadiren skuamöz hücreli karsinoma dönüşükleri de rapor edilmiştir ve bunların tedavisinde farklı cerrahi yöntemlerin başarısı hakkında daha da az şey bilinmektedir (5, 7).

Rezidüel kistler, genellikle kist içindeki intralüminal basıncı azaltmak için enükleasyon, marsüpyalizasyon veya dekompresyon yoluyla cerrahi olarak tedavi edilir. Enükleasyon kistin tam cerrahi eksizyonuna yardımcı olur ve benign kistik lezyonlar için ideal bir tedavi seçeneğidir. Ancak bazı vakalarda kistik lezyonun boyutu, konumu, komşu anatomik yapılara yakınlığı ve hastanın yaşı enükleasyon için kontrendikasyon oluşturur. Başlangıç prosedürü olarak dekompresyon, kist açıklığının hazırlanmasını ve korunmasını gerektiren yaygın bir konservatif yaklaşımdır. Amaç, kist içi basıncı azaltmaktır (8, 9). Vakamızda, kistin boyutunun büyüklüğü, komşu anatomik yapılara yakınlığı ve dekompresyonun daha konservatif, kolay ve hızlı yapılabilen bir yöntem olması nedeniyle bu yöntemi kullandık. Bu tekniği kullanarak, hastanın intraoperatif ve postoperatif rahatsızlığını sınırlamaya çalıştık. Ayrıca bu

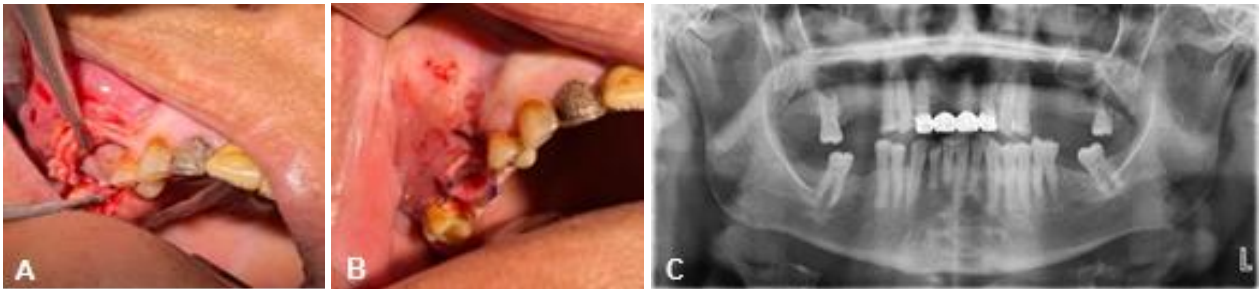
teknikle, maksiller sinüsün kademeli olarak pnömatizasyonunu hedefledik.

### Olgu Sunumu

51 yaşında erkek hasta, sağ maksiller bölgede bir yıl önce başlayan ve zamanla büyüyen ağrısız şişlik nedeni ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde, sistemik hastalığı bulunmayan hastanın, ilgili bölgeden uzun yıllar önce yapılan diş çekimi dışında cerrahi müdahale geçirmediği ve travma almadığı öğrenildi. Yüzde herhangi bir duyu kaybı, görme bozukluğu veya burun tıkanıklığı bildirilmedi. Klinik muayenede sağ orta yüz bölgesinde infraorbital bölgeden ağız komissürüne kadar uzanan yaygın bir şişlik dikkat çekti. Şişlik palpasyonla hassas değildi ve sertti, sıcaklıkta lokal bir artış yoktu. Üstteki cilt normal görünümdeydi. Lenf nodu muayenesi normaldi. Ağız içi muayenede bukkal vestibüde drenaj yapan sinüs yolu yoktu ve vestibüde şişlik vardı (Şekil 1A). Ağız hijyeninin lekeler ve diş taşları nedeniyle kötü olduğu görüldü. Radyolojik inceleme için öncelikle ortopantomografi alındı ve sağ maksiller sinüsü dolduran düzgün sınırlara sahip, sınırları birinci premolar ile ikinci molar diş arasında uzanan geniş hacimli uniloküler radyolüsent lezyon izlendi (Şekil 1B). Lezyonu ayrıntılı incelemek için alınan konik ışınlı bilgisayarlı tomografi (KİBT) görüntülemesinde ise sağ maksiller sinüsü kaplayan, sinüsün anterior duvarını ve alveolar kreti rezorbe etmiş, orbita tabanına uzanan, yaygın, düzgün sınırlı kistik lezyon görüldü (Şekil 1C-D). Yapılan aspirasyon biyopsisiyle enfekte kist sıvısı izlendi. Vitalite testinde lezyona komşu birinci premolar diş ve ikinci molar diş vitaldi.



**Şekil 1.** A. 24 ve 27 numaralı dişlerin arasındaki vestibüler bölgede genişleyen lezyonu gösteren klinik görünümü B. Preoperatif ortopantomografi, sağ maksiller sinüste uniloküler radyolüsent lezyon C. Konik ışınlı bilgisayarlı tomografi, maksiller sinüsün vestibüler duvarlarından palatal duvarlarına uzanan geniş uniloküler lezyon, aksiyal kesit D. Konik ışınlı bilgisayarlı tomografi, süperior ve lateral ekspansiyonu ve kemik rezorpsiyonunu gösteren koronal kesit



**Şekil 2.** A. Kist kapsülünden lezyonun kesin histopatolojik tanısı için insizyonel biyopsi yapıldı B. Dren tüpünün yerleştirilmesi C. Dren tüpünün yerleştirilmesinden 5 ay sonra dekompresyon bölgesinde iyileşmeyi gösteren takip filmi



**Şekil 3.** A. Dekompresyon sonrasında maksiller sinüsteki kitlenin lokal anestezi altında enükleasyonu B. Enükle edilen kistik kitle C. Postoperatif 6 ay sonraki takip ortopantomografi D. Postoperatif 1. yıl sonunda, pnömatizasyon sürecine eşlik eden maksiller sinüs tabanında yeni kemik oluşumu

Öncelikle, hastaya yapılacak işleme dair bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Dekompresyon tedavisi planlanan hastaya lokal anestezi altında sağ ikinci molar diğten sağ birinci premolar diğze uzanan kret tepesi üzerinden düz bir insizyon atıldı (Şekil 2A). Açığa çıkan kist kapsülünden lezyonun kesin histopatolojik tanısı için insizyonel biyopsi yapıldı ve kist içeriği boşaltıldı. Daha sonra dekompresyon tüpü olarak kullanılacak olan şırınganın koruyucu kapağı hazırlanıp, dokuya suture edilerek kist kavitesi ağza açık hale getirildi (Şekil 2B). Travmatik olmayan bir şırınga ve kanül kullanılarak, serum fizyolojik (% 0.9 NaCl izotonik solüsyon) ile drenaj tüpünden 5 ml sıvı verilerek kavite yıkandı. Hastaya, serum fizyolojik ile günde en az beş kez irrigasyon yapması tembihlendi. Postoperatif antibiyotik (Amoksisilin + Klavulanik Asit, 2x1), analjezik (Parasetamol, 2x1) ve gargara (% 0.12'lik Klorheksidin glukonat, 3x1) reçete edildi. Histopatolojik inceleme sonucu rezidüel kistle uyumlu benign kistik oluşum tanısı alan hastanın iki ayda bir revizyonları yapıldı, ortopantomografisi çekildi ve gerekiyorsa dekompresyon tüpünde ayarlamalar yapıldı. 5 aylık takip sonucu kist boyutunda belirgin bir küçülme gözlemlendi (Şekil 2C) ve enükleasyona karar verildi. Lokal anesteziyi takiben 2.molar diğsin distalinden başlayarak 1. premolar diğze uzanan sulkuler insizyon ve 1. premolar diğsin distalinden vertikal insizyon yapıldı ve tam kalınlık flep kaldırıldı. Kist kapsülü tamamen çıkarıldı (Şekil 3A) ve yara yeri primer suture edildi. Lezyona komşu dişlerin apekslerinde sağlam kemik mevcut olduğundan dişlere, ameliyat sonrası herhangi bir endodontik tedavi uygulanmadı. Enükle edilen kistik lezyon histopatolojik incelemeye gönderildi (Şekil 3B). Lezyonun histopatolojik incelemesi sonucunda rezidüel kist teşhisi konuldu. Postoperatif medikal tedavi uygulanarak 1 hafta sonra kontrole çağrılan hastada cerrahi alanın hızla iyileştiği ve yüzdeki şişliğin önemli ölçüde azaldığı görüldü. 6 ay sonraki takipte herhangi bir nüks gözlenmedi ve ortopantomografide kistik lezyon bölgesinde yeni kemik oluşumu görüldü (Şekil 3C). 12 ay sonraki ortopantomografide ise sinüsün sınırları ve periferik yeni kemik oluşumu daha net görülmeye başlandı (Şekil 3D).

### Tartışma

İnflamatuvar kistler, çenelerde en sık görülen kist türüdür. Bu kistler, radiküler ve rezidüel kistlerden oluşur ve rezidüel kistler ikinci sıklıkta görülür. Rezidüel kistlerin sıklığının çenelerdeki odontojenik kistlerin %2,2 ile %18'i arasında değiştiği rapor edilmiştir (10).

Rezidüel kistler radyografilerde uniloküler, iyi sınırlı, radyolüsent lezyonlar olarak görülür. Genellikle ince sklerotik kenarlara sahip, yuvarlak veya oval şekillidirler (2). Bu oldukça öngörülebilir radyolojik görünüm bu vakamızda da not edilmiştir. Bu kistler önemli kemik rezorbsiyonuna ve inferior alveoler kanal, maksiller sinüs ve burun boşluğu gibi önemli anatomik yapıların yer değiştirmesine neden olabilir (10). Rezidüel kistler genellikle asemptomatiktir ve rutin radyografide tesadüfen tespit edilebilir (2). Ancak kistin sekonder olarak enfekte olması durumunda hastalar ağrı ve şişlik bildirebilir ve lezyonun farkına varabilirler. Vakamızda da durum semptomatiktir ve görülen semptom şişliktir. Ancak diğer odontojenik lezyonlar da benzer belirtiler gösterebileceğinden bu semptom spesifik değildi.

Maksiller sinüste görülen kistler intrensek ve ekstrinsek olarak sınıflandırılabilir. İntrensek kistlerin en sık rastlanılanları mukoseller ve mukus retansiyon kistleridir. Maksiller sinüsteki ekstrinsek kistler ise genellikle odontojenik kökenlidir. Bunlardan da en yaygın olanları odontojenik keratokist, dentigeröz kist ve radiküler kistlerdir. Büyük rezidüel kistlere nadiren rastlanır ve büyük boyutlara ulaştığında mukosel, dentigeröz kist veya odontojenik keratokist gibi kemik dekstrüsyonu yapan patolojileri düşündürür (11, 12). Vakamızda rezidüel kist, maksiller sinüsü tamamen doldurmuş, hatta alışılmadık şekilde sinüs ön duvarını ve alveoler kreti rezorbe etmişti. Maksiller sinüsün neredeyse tamamını kaplayacak kadar büyüyen lezyon nadirdir ve literatürde nadiren rapor edilmiştir (11, 13). Yaygın bir patolojinin nadir görülen bir görünümü olduğunda, yanlış tanıyı önlemek için bunu aşamalı olarak değerlendirmek önemlidir.

Rezidüel kistler genellikle kist içindeki intralüminal basıncı azaltmak için enükleasyon, marsüpyalizasyon veya dekompresyon yoluyla cerrahi olarak tedavi edilir (14). Enükleasyon kistin tam cerrahi eksizyonuna yardımcı olur ve benign kistik lezyonlar için ideal bir tedavi seçeneğidir. Ancak bazı vakalarda kistik lezyonun boyutu, konumu, komşu anatomik yapılara yakınlığı ve hastanın yaşı enükleasyon için kontrendikasyon oluşturur. Bu nedenle, özellikle genç, yaşlı veya yüksek riskli hastalarda minimal invaziv tedavi tercih edilen bir tedavi yöntemidir (8,9,15). Marsüpyalizasyon, kistik duvar fenestrasyonunu ve kistik iç lümenin oral mukoza ile dikilmesini içeren, intrakistik basıncı azaltan ve defekt çevresinde yeni kemik oluşumuna izin veren, kabul görmüş iyi bir tedavi seçeneğidir (16). Dekompresyon ise kiste küçük bir delikten, lastik bir tüp veya stent

yerleştirerek, kistik kitlenin oluşturduğu basıncı azaltan bir diğer tedavi seçeneğidir (9). Hem dekompresyon hem de marsüpyalizasyon, kist boyutunu küçültmek için intramural basıncın azaltılmasının lezyon çevresinde kademeli kemik büyümesine izin vereceği mantığına dayansa da, daha konservatif yaklaşım gerektiren vakalarda dekompresyon daha uygun tedavi seçeneği gibi görünmektedir. Bu işlemlerin her ikisi de kistik duvarın devamlılığını bozmakta ve marsüpyalizasyonda kist dokusunun ağız mukozası ile dikilmesi operatör için zorlayıcı olmaktadır. Ayrıca, dekompresyonda ameliyat sonrası deformasyon veya yüzeyin çökme olasılığı, marsüpyalizasyona kıyasla daha azdır (2). Vakamızda kistin boyutunun büyüklüğü, komşu anatomik yapılara yakınlığı ve dekompresyonun daha konservatif, kolay ve hızlı yapılabilen bir yöntem olması nedeniyle bu yöntemi kullandık. Bu tekniği kullanarak, hastanın intraoperatif ve postoperatif rahatsızlığını sınırlamaya çalıştık. Ayrıca bu teknikte, maksiller sinüsün kademeli olarak pnömatisasyonunu hedefledik. Bununla birlikte bazı çalışmalar, dekompresyondan sonra kalan dokunun daha agresif bir lezyona dönüşebileceğini bildirmiştir (17). Rezidüel kistlerin nüks oranı düşüktür ancak

maligniteleri ve nüksleri dışlamak için takip gereklidir (18). Bu nedenle dekompresyon sonrası periyodik takip ve radyografik görüntüleme yapılması gerekmektedir ve biz de vakamızda bu prensibi takip ettik. Bu hastada büyük kist kavitesinin nüks olmaksızın hızla rejenerasyonunun ana açıklaması maksiller sinüsteki geniş hacimli rezidüel kistin dekompresyona iyi yanıt vermesidir.

Büyük rezidüel kistlerin tedavisinde, invaziv cerrahi yaklaşımlara göre dekompresyon tercih edilebilir. Maligniteye zemin hazırlayan bir faktörlerden birinin de kronik inflamasyon olduğu düşünüldüğünden (17), uzun süredir devam eden inflamatuvar kistler özel dikkat gerektirir. Bu vakamızda, cerrahi operasyon sırasında çevre dokulara gelebilecek zararı minimuma indirmek için öncelikle dekompresyon tedavisini tercih ettik. Bu yaklaşımla kist içi basıncı azaltarak kist kavitesinin boyutlarında belirgin bir küçülme sağladık. Küçük boyutlara ulaşan kisti enükleasyon ile uzaklaştırdık. Bu şekilde vital dokulara verilebilecek potansiyel hasar riskini azaltarak kistin başarılı bir şekilde cerrahi tedavisini gerçekleştirdik.

#### Kaynaklar

- Rajendra Santosh AB. Odontogenic Cysts. Dent Clin North Am. 2020 Jan;64(1):105–119.
- Titinchi F, Morkel J. Residual cyst of the jaws: A clinicopathologic study of this seemingly inconspicuous lesion. PLoS One. 2020;15(12):e0244250.
- Ağır H, Şen C, Işıl E, Ünal Ç, Üstündağ E, Keskin G. Çenenin odontojenik ve odontojenik olmayan kistleri: 25 olguda deneyimlerimiz. The Turkish Journal of Ear Nose and Throat. 2008;18(3):157–165.
- Fogacci MF, Rodrigues MO, Pires FR. Lateral periodontal cyst: A rare clinicopathological presentation mimicking a residual cyst. J Clin Exp Dent. 2022;14(1):e95.
- Lis E, Gontarz M, Marecik T, Wyszynska-Pawelec G, Bargiel J. Residual Cyst Mimicking an Aggressive Neoplasm—A Life-Threatening Condition. Oral. 2024;4(3):354–361.
- Nortjé CJ. Maxillofacial Radiology 178. South African Dental Journal. 2020;75(2):100.
- Bodner L, Manor E, Shear M, Van der Waal I. Primary intraosseous squamous cell carcinoma arising in an odontogenic cyst—a clinicopathologic analysis of 116 reported cases. Journal of oral pathology & medicine. 2011;40(10):733–738.
- Torul D, Bereket CM, Özkan E. Management of large residual cyst in elderly patient with decompression alone: case report. Balkan Journal of Dental Medicine. 2018;22(3):171–174.
- Marin S, Kirnbauer B, Rugani P, Mellacher A, Payer M, Jakse N. The effectiveness of decompression as initial treatment for jaw cysts: A 10-year retrospective study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019;24(1):e47.
- Tsvetanov TS. Residual cysts: A brief literature review. International Journal of Medical and Dental Sciences. 2016;5(2):1341–1346.
- Nilesh K, Dadhich A. Unusually large radicular cyst presenting in the maxillary sinus. BMJ Case Rep. 2020;13(9):1–2.
- Kansu L, Aydın E. Masif maksiller sinüs radiküler kisti: olgu sunumu. Journal of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery. 2011;19(3):176–179.
- Sagit M, Guler S, Tasdemir A, Somdas MA. Large radicular cyst in the maxillary sinus. Journal of Craniofacial Surgery. 2011;22(6):e64–e65.
- Allon DM, Allon I, Anavi Y, Kaplan I, Chaushu G. Decompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. Journal of Oral and maxillofacial Surgery. 2015;73(4):649–654.
- Tabrizi R, Kordkheili MRH, Jafarian M, Aghdashi F. Decompression or marsupialization; which conservative treatment is associated with low recurrence rate in keratocystic odontogenic tumors? A systematic review. J Dent. 2019;20(3):145.
- De Castro MS, Caixeta CA, de Carli ML, Ribeiro Junior NV, Miyazawa M, Pereira AAC, et al. Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2018;22:2089–2101.
- Bereket C, Bekçioğlu B, Koyuncu M, Şener İ, Kandemir B, Türer A. Intraosseous carcinoma arising from an odontogenic cyst: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116(6):e445–449.
- Sridevi K, Nandan SRK, Ratnakar P, Srikrishna K, Pavani BV. Residual cyst associated with calcifications in an elderly patient. J Clin Diagn Res. 2014;8(2):246.