

Çenelerde Görülen Kist ve Kist Benzeri Lezyonlar 2017

**Prof. Dr. Kıvanç Kamburoğlu,
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi
Anabilim Dalı**

Tanım

Kist, içi sıvı dolu, epitel ile sınırlandırılmış ve etrafı belirgin konnektif doku duvarı ile sarılmış patolojik bir kavitedir.

Klinik Özellikler

- Kistler vücutta en sık olarak çene kemiklerinde görülürler, çünkü; çoğu kistler diş oluşumundan sonra arta kalan çeşitli odontojenik epitel artıklarından kaynaklanırlar.
- Radyolüsent lezyonlardır.
- Şişliğe neden olabilirler.
- Sekonder enfeksiyon durumları veya devital bir dişle ilişkili oldukları durumlar dışında ağrısız seyrederekler.
- Sıklıkla, sürmemiş dişlerle birlikte bulunurlar.

Radyografik Özellikler

Lokasyon

- Maksilla ve mandibulada santral olarak (kemik içerisinde) herhangi bir bölgede konumlanabilirler fakat, kondil ve koronoid prosesde nadiren görülürler.
- Odontojenik kistler, sıklıkla dişlerin bulunduğu bölgelerde görülürken çok büyük çoğunlukla mandibulada inferior alveoler kanalın üzerindedirler.

- Odontojenik kistler, maksiller sinüse yayılım gösterebilir.
- Bazı odontojenik olmayan kistler de maksiller sinüs içerisinden kaynaklanabilir.
- Orofasiyal bölgede yumuşak dokulardan kaynaklanan kist nadirdir.

Perifer

- Kemik içerisinden orijin alan kistler genellikle iyi sınırlı ve kortikedir (düzgün ve ince radyoopak bir çizgi ile sınırlıdır).
- Sekonder bir enfeksiyon varlığında veya kronik bir durumda bu görüntü daha kalın, daha sklerotik sınırlı veya korteksi daha az belirgin bir hal alabilir.

Şekil

- Kistler, genellikle yuvarlak veya oval şekilleriyle içi sıvı dolu balonu andırırlar.
- Bazı kistlerin bombeli sınırları vardır.

İnternal Yapı

- Kistler, genellikle tamamen radyolüsenttir.
- Uzun süredir ağızda bulunan kistler distrofik kalsifikasyonlar içerebilirler.
- Bazı kistlerin septaları vardır ve multiloküler görüntüye sahiptirler.

Çevre Yapılara Etki

- Kistler yavaş büyürler, bazı durumlarda komşu dişlerde yer değiştirmeye ve rezorpsiyona neden olurlar.
- Kistler, mandibulada ekspansiyona yol açabilirler. Mandibuler bukkal veya lingual kortikal tabakayı ince kortikal bir sınıra çevirebilirler.
- Kistler, inferior alveoler kanalı inferior yönde hareket ettirebilirler veya maksiller sinüs içerisine invajinasyon gösterebilirler.

1. ODONTOJENİK KİSTLER
2. ODONTOJENİK OLMAYAN KİSTLER
3. KİST BENZERİ LEZYONLAR

Odontojenik Kistler

Radiküler Kist (Periapikal Kist, Apikal Periodontal Kist ve Dental Kist)

- Çoğunlukla, devital bir diştten kaynaklanan enflamatuvar ürünlerin, periodontal ligament içerisindeki Malassez epitel hücrelerine ait artıkları stimule ederek proliferasyonlarına ve kistik dejenerasyonlarına neden olmasıyla meydana gelir.
- *Cenelerde en sık görülen kist çeşitidir.*
- Sekonder enfeksiyon meydana gelmedikçe semptomsuzdurlar.
- Büyürse şişliğe neden olabilir.
- 3. ve 6. dekatlarda insidansı daha yüksektir.

- Çoğu vakada, radiküler kist devital dişin yaklaşık olarak apeksi bölgesinde konumlanır. Nadiren, kökün mezial veya distal yüzeyinde bulunabilir (aksesuar kanalın açıldığı yerde veya derin periodontal cep bölgesinde).
- Çoğu radiküler kist maksillada bulunur (%60) (özellikle kesici ve kanin bölgelerinde).
- Radiküler kistler devital süt molar diş ile ilişkili olarak gelişen premolar dişin bukkalinde pozisyonlanmış şekilde de bulunabilir.

- Radyografik olarak kronik apse veya kronik apikal periodontitise benzer.
- Etkilenen diş kökü etrafındaki uniloküler radyolüsen periodontal ligament boşluğu ve lamina dura etrafından devamlılık gösterir.
- Etkilenen diş ya da komşu dişte rezorpsiyon oluşabilir.
- Perifer, iyi kortikal sınıra sahiptir.
- Kist, sekonder olarak enfekte olursa kistin etrafındaki kortekste kaybolma ya da korteksin sklerotik kemiğe dönüşmesi söz konusu olabilir.

- Radiküler kistlerin internal yapısı çoğunlukla radyolüsenttir. Nadiren, uzun süredir ağızda bulunan kistlerde küçük partiküler radyoopasiteler şeklinde görülen distrofik kalsifikasyonlar gelişebilir.
- Büyük radiküler kistler komşu diş köklerinde yer değiştirme ve rezorpsiyon oluşturabilir.
- Mandibular alveoler kanalın inferior yönde yer değiştirmesine neden olabilirler.

- Ayırıcı tanı açısından küçük radiküler kistlerin apikal periodontitisten ayrılması gereklidir.
- *Yuvarlak şekilli, iyi kortikal sınırlı ve 2 cm'den daha büyük çaplı lezyonlar kistler için daha karakteristik olarak kabul edilir.*
- *Ayırıcı tanı için değerlendirilmesi gereken diğer lezyonlar ise erken evre periapikal semental displazi ve apikal skar ya da cerrahi defektlerdir (Hasta anamnezi önemli).*
- Devital dişlerin pulpaları radyografide komşu dişlerinkilerden daha büyük görülür.

- Tedavi seçenekleri: Diş çekimi, endodontik tedavi ve apikal cerrahi. Büyük radiküler kistlere cerrahi eksizyon veya marsüpyalizasyon uygulanır.
- İyileşen kemik kontrolü için alınan radyograflarda, yeni oluşan kemiğin periferden defektin merkezine doğru ilerlediği ve saçılma şeklinde bir görüntü oluşturduğu görülür.
- Bukkal ve lingual kortikal tabakalarda ileri derecede kayıp varsa kemik tamamen defekti dolduramayabilir.

Eğer radiküler kist tamamen ortadan kaldırılırsa
rekürrens nadirdir.

Rezidüel Kist

- Orijinal kistin tam olarak çıkarılamaması sonucu ortaya çıkan kisttir.
- Sıklıkla, radiküler kistli bir dişin çekilmesi sonrasında geri kalan kistler için “rezidüel” terimi kullanılır.
- Her iki çenede de görülebilir.
- Merkezi, çekilen dişin periapikalindedir ve inferior alveolar kanalın üzerinden seyreder.

- Sekonder enfeksiyon olmadığı sürece asemptomatiktir ve genellikle başka amaçla alınmış bir radyografide dişsiz bölgede tespit edilir.
- Sekonder enfeksiyon durumunda çenede ekspansiyon veya ağrı oluşabilir.
- Oval veya dairesel şekillidir, kortikal sınırı vardır.
- Tipik olarak radyolüsenttir ve uzun süreli kistlerde distrofik kalsifikasyonlar bulunabilir.

- Anamnez ve önceki radyograflar teşhiste yardımcıdır. Keratojenik Odontojenik Tümör (KOT) ve Stafne gelişimsel tükürük bezi defekti ile ayırıcı tanı yapılabilir.
- Rezidüel kistin ekspansiyon potansiyeli KOT'den daha fazladır.
- Stafne gelişimsel tükürük bezi defekti ise mandibular kanalın aşağısında konumlanır.
- Tedavisi cerrahi eksizyon ve/veya marsupyalizasyondur

Dentigeröz Kist (Foliküler Kist)

- En sık olarak 2. ve 3. dekatlarda görülür.
- Sürmemiş bir dişin kronu etrafında sement-mine birleşiminden dişe yapışmıştır.
- Sürmemiş dişin kronu ve epitel arasında sıvı birikimi sonucunda oluşur.
- Erüpsiyon kisti, dentigeröz kistin yumuşak dokuda görülenidir.
- En sık görülen 2. odontojenik kisttir (radiküler kist en sık görülendir).

- Uniloküler, homojen radyolüsen si.
- İyi kortikal marjinli.
- Birlikte olduğu dişi deplase eder – komşu diş köklerinde rezorpsiyona neden olabilir.
- Klinik muayenede eksik diş veya dişler ile birlikte sert şişlik bulunabilir.
- Hastada genellikle ağrı veya rahatsızlık yoktur.
- En sık olarak mandibular 20 yaş, maksiller 20 yaş ve maksiller kanin diş etrafında görülür.
- Yavaş gelişen bu kist çenelerde ekspansiyona neden olur.

- Çevreleyici epitelin histopatolojik görünümü spesifik olmadığından teşhis için radyografik ve cerrahi gözlem sonucunda kistin sement-dentin birleşimine yapışması değerlendirilir. Ancak, her zaman bu lokasyondaki diğer olası lezyonları ayırt etmek için histopatoloji yapılır.
- Ayırıcı tanı açısından en sıkıntılı durumlardan birisi küçük dentigeröz kist ve hiperplastik folikülü ayırt edebilmektir.
- Diş deplasmanı veya kemikte belirgin ekspansiyon varsa kist düşünülmelidir.

- Normal foliküler boşluk yaklaşık 2-3 mm genişliğindedir. Eğer foliküler boşluk > 5 mm ise dentigeröz kist olma olasılığı daha fazladır.
- Eğer kararsız kalırsa, 4-6 ay sonra tekrar radyografi alınarak bölge incelenir ve boşluğun genişliğindeki bir artış ya da çevre dokulardaki kistle ilgili herhangi bir etkinin varlığı incelenmelidir.
- Diğer ayırıcı tanı açısından önemli patolojiler ise, KOT, ameloblastik fibroma ve kistik ameloblastomadır.

- KOT, dentigeröz kistle aynı oranda kemik ekspansiyonuna neden olmaz, daha az olasılıkla diş rezorpsiyonuna neden olur ve diş köküne mine-sement birleşiminden daha apikalde tutunur.
- Eğer internal yapı yoksa dentigeröz kisti küçük bir ameloblastik fibromdan veya kistik ameloblastomadan ayırt etmek mümkün olmayabilir.

- Nadir görülen ve benzer perikoronar görünüme sahip diğer lezyonlar ise adenomatoid odontojenik tümör ve kalsifiye odontojenik kisttir. Bu iki lezyondaki radyoopak internal yapı varlığı göz önünde bulundurulmalıdır.
- Nadiren bir süt dişinin kökündeki radiküler kist alttan gelen daimi dişi saran bir görüntü vererek hatalı dentigeröz kist teşhisine neden olabilir (en sık olarak mandibular süt molar ve daimi premolarda görülür). Bu durumda süt dişindeki büyük bir çürük veya restorasyon varlığına bakılmalı ve radiküler kist açısından tekrar değerlendirme yapılmalıdır.

**Bukkal Bifurkasyon Kisti (BBK)
(Enfekte Mandibular Bukkal Kist,
Paradental Kist, Enflamatuvar
Paradental Kist)**

- Mandibular molar dişlerin bukkal bifurkasyon bölgesindeki periodontal membran içerisinde yatan epitel hücrelerinden kaynaklandığı düşünölmektedir.
- Oluşumunda enflamasyonun rol oynadığı düşünölmektedir ancak enflamasyonla birlikte görölmeyen vakalar da bildirilmiştir.
- Klinik olarak mandibular 1. veya 2. molar dişin sürmesinde gecikme veya hiç sürmemesi söz konusudur.
- Birinci molar diş ikinci molardan daha sık etkilenir.

- Dişler her zaman vitaldir.
- Etkilenen moların bukkalinde sert bir şişlik vardır ve sekonder enfeksiyon durumunda hastanın ağrısı olur.
- Görülme evresi ilk iki dekat içerisindeydir.
- Mandibular 1. veya 2. molar bukkal furkasyonunda küçük bir radyolüsen si şekilde olabileceği gibi, iyi kortikal sınırlı yuvarlak radyolüsen si şekilde de görülebilir.

- En belirgin diagnostik özellik okluzal radyografide köklerin lingual kortikal tabakaya, okluzal yüzeyin ise bukkal tabakaya doğru yatmasıdır.
- Sekonder enfeksiyon durumunda, etkilenen dişin bukkal korteks bölgesinde periostal yeni kemik oluşumu görülür.
- Ayırıcı tanıda mandibular molarların bukkal yüzeyinde enflamatuvar periostal cevap oluşturan periodontal apse veya Langerhans hücreli histiyositozis gibi patolojiler düşünülmelidir.

- Bukkal Bifurkasyon Kistinin bariz radyografik görüntüsü olan molarlarda devrilme değerlendirilmelidir.
- Ayırıcı tanı için önemli olan diğer bir patoloji ise dentigeröz kisttir. BBK'nin bifurkasyon bölgesi lokasyonu ve kronu sarmaması ayırımında önemlidir.
- Tedavisinde konservatif küretaj yapılır. Bazı vakalar kendiliğinden iyileşebilir.
- BBK, nüks göstermez.

**Keratokistik Odontojenik Tümör
(Odontojenik Keratokist,
Primordial Kist)**

- Dünya Sağlık Örgütü, bu kistik lezyonu yeniden sınıflandırarak, yüzey epitelinin tümör benzeri karakteristiğini göz önünde bulundurmuş ve unikistik veya multistik odontojenik tümör kategorisine sokmuştur.
- Radyografik görüntüsü kiste benzer ancak kistlerin aksine ozmotik basınçla büyümmez. Epiteli, benign tümör ile uyumlu doğal büyüme potansiyeli gösterir.

Keratokist Odontojenik Tümör (KOT)

- Patogenezinde dental lamina proliferasyonu olduğuna inanılmaktadır.
- Uniloküler veya multiloküler homojen radyolüsen si.
- Sürmemiş dişin kronunu çevreleyebilir.
- Çene ekspansiyonu geç bulgudur.
- İzole veya nevoid bazal hücreli nevus sendromunun parçası olarak görülebilir.

- Epiteli, kistlerden farklı olarak keratinize ve incedir (4 ile 8 hücre).
- Kistin içerisi çoğunlukla epitel örtüden kaynaklanan visköz veya peynirimsi materyal içerir.
- KOT'ler çenelerdeki tüm kistlerin yaklaşık 1/10'unu temsil ederler.
- Geniş bir yaş aralığında, daha çok 2. ve 3. dekatlarda, erkeklerde daha sık görülür.
- Bu kistler bazen sürmemiş bir dişin etrafında oluşur.

- KOT'ler genellikle semptomsuzdurlar ancak bazen hafif şişlik gözlenebilir.
- Ağrı şikayeti sekonder enfeksiyon durumlarında ortaya çıkabilir.
- Aspirasyonda kalın, sarı, peynirimsi mataryel (keratin) elde edilebilir.
- Kistlerden farklı olarak sık rekürrens gösterirler. Sık nüks nedeni olarak ise kistin cerrahi operasyonu sonrası geride kalan küçük uydu kistler veya epitel fragmanları düşünülmektedir.

- KOT için en sık görülen lokasyon mandibula posterior bölge (%90 oranda kaninlerin posterioru) ve ramus bölgesidir (%50'den fazla).
- İnférieur alveoler kanalın üzerinde yer alır.
- Tüm kistlerde olduğu gibi iyi, yuvarlak veya oval kortikal sınırı vardır. Sekonder enfeksiyon durumlarında bu sınır bozulabilir.
- İç yapı sıklıkla radyolüsenttir. İnternal keratin varlığı radyoopasiteyi arttırmaz. Bazı vakalarda septa ve multiloküler görüntü vardır.

- *En önemli özelliklerinden birisi çenelerin internal yüzeyi boyunca büyüme göstermesi ve minimal düzeyde ekspansiyona neden olmasıdır.*
- KOT'ler dentigeröz kistlere oranla daha az rezorpsiyon ve yer değiştirmeye neden olurlar.
- KOT, eğer perikoronar pozisyonda ise dentigeröz kistten ayırt edilmesi güçtür. KOT'lerde kistik sınır mine sement sınırından daha aşağıdan başlar ve kortikal ekspansiyon yoktur. Ayrıca, KOT gelişen dişin okluzalinde konumlandığı durumlarda dentigeröz kist gibi folikülde genişlemeye neden olmaz.

- Eğer KOT, bombeli ya da multiloküler bir yapıya sahipse Ameloblastomaya benzerlik gösterebilir ancak Ameloblastoma daha fazla genişleme potansiyeline sahiptir.
- KOT, hafif ekspansiyon ve multiloküler görüntü varlığında odontojenik miksomaya benzerlik gösterebilir.
- Basit kemik kisti, sıklıkla KOT gibi bombeli marjin ve minimal kemik ekspansiyonu gösterir. Basit kemik kisti daha incedir ve teşhis edilmesi daha zordur.

- Eğer çok sayıda KOT bir arada bulunuyorsa (bu durum %4-5 vakada görülür) bu tümör bazal hücreli nevus sendromunun bir parçası olabilir.
- *KOT şüphesi varsa DMFR uzmanından KIBT görüntülemesi için konsültasyon alınmalıdır.*
Çünkü, bu tümör nüks potansiyeli taşır,
lezyonun yeri, yayılımı ve kortikal
perforasyonları ile birlikte bazal hücreli nevus
sendromunda görülen kistler ve osseoz
değişiklikler en iyi KIBT ile değerlendirilir.

- Cerrahi eksizyon sonrasında radyolojik ve klinik takip yapılmalıdır. Nüks genellikle ilk 5 yıl içerisinde görülebilir fakat bu süre 10 yıla kadar da uzayabilir.

Bazal Hücreli Nevus Sendromu
(Nevoid Bazal Hücreli Karsinoma
Sendromu, Gorlin-Goltz Sendromu)

- Bazal hücreli nevus sendromu otozomal dominant geçiş gösterir ve çeşitli anormallikleri içermektedir. Bunlar:
 - Ciltte görülen çok sayıda nevoid bazal hücreli karsinoma
 - İskeletsel bozukluklar
 - Merkezi Sinir Sistemi bozuklukları
 - Göz problemleri
 - Çok sayıda Keratokistik Odontojenik Tümör

- Hayatın erken evrelerinde, genellikle 5-30 yaş aralığında çenelerde KOT'ler ve deride bazal hücreli karsinomların görülmesiyle tanımlanır.
- Bu sendrom ile birlikte görülen KOT'lerde rekürrens riski diğerlerine oranla daha fazladır.
- Tüm çene lezyonlarının (KIBT dahil) tam bir radyolojik değerlendirilmesinin yapılması gerekir.
- Deri lezyonları ise, küçük, yassı ve kırmızı-kahverengi papüller şeklinde vücudun her yerinde görülebilir fakat özellikle yüz, boyun ve gövdede daha belirgindir.

- En sık görülen iskeletsel anomaliler ise başta “bifid kaburga” olmak üzere kaburga ile ilgili çeşitli anormalliklerdir (agenez, deformite gibi).
- Hayatın erken evrelerinde falx cerebri ve duranın diğer bölgelerinde kalsifikasyon görülür. Posteroanterior kafa projeksiyonlarında kalsifiye falx cerebri radyoopak çizgi şeklinde gözlenebilir.

- Ayırıcı tanı açısından zimba deliği şeklinde radyolüsensiler olarak görülen multiple myelomadan kortikal sınırı ve diğer kistik karakteristikleri ile ayrılır.
- Diğer bir ayırıcı tanı olan Cherubizmde ise bilateral multiloküler lezyonlar ile birlikte çene ekspansiyonu ve posterior dişlerin anterior yöne itilmesi söz konusudur.
- Nadiren çok sayıda dentigeröz kist gözlenen hastalar da ayırıcı tanıda önemli olabilir ancak dentigeröz kistler daha fazla ekspansiyon gösterirler.

- Yüksek rekürens riski nedeniyle tedavileri tek görülen KOT'lere oranla daha agresiv şekilde yapılır ve hasta takibe alınır.
- Lezyonların yayılımı nedeniyle panoramik yerine KIBT ile görüntüleme daha yararlı olacaktır.
- Genetik araştırma uygun olabilir.

Lateral Periodontal Kist

- Dişin lateral yüzeyi boyunca uzanan iyi sınırlı radyolüsen si
- Uniloküler veya multiloküler
- Keratinize değil

- Lateral periodontal kistler, diş kökünün lateralindeki periodonsiyumda bulunan epitelyal artıklardan kaynak alırlar.
- Bu patoloji genellikle unikistiktir fakat küçük kistlerin kümelenmesi şeklinde de görülebilir (botryoid odontojenik kistleri).
- Lateral periodontal kist, gingival kistin yetişkinlerde kemik içinde görülen şeklidir.
- Genellikle lezyonlar asemptomatiktir ve 1 cm'den daha küçük çaptadır.

- Cinsiyet farkı olmaksızın 2. ve 9. dekatlar arasında görülür (ortalama 50 yaş).
- Eğer sekonder olarak enfekte olurlarsa lateral periodontal apseyi taklit edebilirler.
- Lokasyonları %50-75 arasında mandibulada ve çoğunlukla lateral keser ile 2. premolar arasındaki bir bölgedir. Maksillada görülmeleri durumunda ise daha çok lateral keser ile kanin arasında lokalize olurlar.
- Lateral periodontal kist iyi ve belirgin kortikal sınırlı yuvarlak veya oval şekillidir. Nadir görülen büyük kistlerin daha irregüler sınırı olabilir.

- İnternal yapısı genellikle radyolüsenttir. Botryoid tipi, multiloküler görüntü verebilir.
- Küçük kistler komşu dişin lamina durasını bozabilir. Büyük kistler komşu dişleri deplase edebilir ve ekspansiyona yol açabilir.
- Ayırıcı tanı açısından değerlendirilmesi gereken patolojiler şunlardır:

Küçük KOT, mental foramen, küçük nörofibrom aksesuar (lateral) pulpal kanal kaynaklı radiküler kist ve botryoid tipi için küçük multiloküler ameloblastoma.

- Lateral periodontal kistler, küçük boyutlu oldukları için ileri görüntüleme işlemlerine gerek duyulmaz.
- Tedavisi, rekürens eğilimi göstermedikleri için eksizyonel biyopsi veya basit enükülasyondur.

Glandüler Odontojenik Kist (Sialoodontojenik Kist)

- Odontojenik epitelden farklılaşan ve mukus üreten hücreler gibi tükürük bezi özellikleri gösteren nadir görülen bir kisttir.
- Bazı yazarlar santral mukoepidermoid karsinoma ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür.

- Klinikte, kadınlarda biraz daha fazla görülürken ortalama görülme yaşı 46-50 civarındadır.
- Bu kist agresif bir karaktere sahiptir ve cerrahi operasyon sonrasında tekrarlama eğilimi fazladır.
- Lokalizasyon olarak en çok mandibulada, sıklıkla da anterior mandibulada görülür.
- Maksillada görüldüğünde ise globülomaksiller bölgeyi daha sık etkiler.

- Hem uniloküler hem de multiloküler görüntü verebilir.
- Çoğunlukla düzgün veya bombeli kortikal sınırı vardır.
- Çenelerde dış kortikal tabakanın ekspansiyonu ile birlikte kortikal perforasyon bölgeleri gözlenebilir. Dişlerin yer değiştirmesi sık görülür.

- Bu kist ameloblastomaya ve keratokistik odontojenik tümöre çok benzeyen bir görüntü verebilir.
- Ayrıca, benzer multiloküler görüntüler santral mukoepidermoid karsinomada da görülebilir.
- Tedavisinde, enükülasyon gibi konservatif operasyonların yanı sıra sık rekürens olasılığı nedeniyle daha agresiv rezeksiyon tedavisi gibi seçenekler göz önünde bulundurulmalı ve radyografik takip yapılmalıdır.

**Kalsifiye Kistik Odontojenik
Tümör (KKOT) (Kalsifiye
Odontojenik Kist, Kalsifiye
Epitelyal Odontojenik Kist,
Gorlin Kisti)**

- Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) (WHO) bu oluşumu tümör olarak tanımlamaktadır.
- KKOT, sık görülmeyen, yavaş gelişen benign bir lezyondur.
- Geniş bir yelpazede, kist ve odontojenik tümör arasında özellikler gösterir. Bazen sadece bir kist veya bazen de solid neoplazm (epitelyal proliferasyon ve büyümeye eğilim) özellikleri gösterirler.

- Bu lezyon, displastik dentin olarak tanımlanan kalsifiye doku ile birlikte görülür. Bazen odontoma ile birlikte de bulunabilir.
- Ortalama görülme yaşı 36'dır. Ancak, 10-19 yaş aralığında ve 7. dekat dönemlerinde insidansı daha fazladır.
- Klinik olarak lezyon çenenin yavaş gelişen ağrısız şişliği şeklinde olabilir.
- Ağrı şikayeti nadirdir.

- Bazı durumlarda genişleyen lezyon kortikal tabakayı yıkabilir ve lezyon yumuşak dokudan palpe edilebilir.
- Aspirasyon sonucunda sıklıkla visköz, granüler ve sarı sıvı elde edilir.
- Lokalizasyon olarak her iki çenede de aynı oranda ve özellikle keser-kanin dişlerle birlikte %75 oranında birinci molar dişin anteriorunda perikoronar radyolusensi şeklinde görülür.

- Periferi, iyi sınırlı ve kortike kist benzeri bir şekilde olabileceği gibi kötü ve irregüler sınırlı da olabilir.
- İnternal yapısı değişiklik gösterebilir. Beyaz nokta tarzında küçük kalsifikasyon odakları veya daha büyük solid, amorf kitleler şeklinde görüntü verebilir. Nadir vakalarda lezyon multiloküler görüntü verebilir.

- Bu tümör %20-%50 vakada bir diş ile birlikte görülür (daha çok kanin diş) ve erupsiyonu engeller.
- Büyüyen lezyonlarda radyografik olarak kortikal tabaka perforasyonu görülebilir.
- Ayırıcı tanısında, internal kalsifikasyonların belirgin olmadığı perikoronar pozisyonlu radyolusensi varlığında dentigeröz kistten ayırt edilmesi zordur.

- İnternal kalsifikasyonlarla birlikte görülen diğer lezyonlar ise adenomatoid odontojenik tümör, ameloblastik fibroodontoma ve kalsifiye epitelyal odontojenik tümör olarak bilinir.
- KKOT için lokalizasyon fibroodontoma veya kalsifiye epitelyal odontojenik tümörden farklıdır.
- Ayrıca, uzun süredir ağızda bulunan kistler distrofik kalsifikasyonlar içeren KKOT benzeri görüntüler ortaya çıkarabilir.
- Tedavisi enukleasyon, küretaj ve takiptir.

Kalsifiye Kistik Odontojenik Tümör

- Geniş bir yaş aralığında görülür fakat genellikle 40 yaşın altında (< 40 yaş).
- > 70% maksillada.
- Uniloküler veya multiloküler / iyi sınırlı.
- Sürmemiş bir dişin kronunu sarabilir.
- Homojen radyolüseni veya “tuz ve karabiber” kalsifikasyonları.
- Odontoma ile birlikte görülebilir.

Nazolabial Kist **(Nazoalveoler Kist)**

- Kesin orijini bilinmiyor.
- Globuler, lateral nazal ve maksiller proseslerin birleşim çizgilerindeki epitel artıklarından kaynaklanmış olabilecekları iddia edilmiştir.
- Alternatif bir başka hipoteze göre ise epitelin kaynağı embriyolojik nazolakrimal kanaldır.
- Nadir görülen bu lezyon küçük iken nazolabial katlantıda şişlik ile birlikte ağrı ve rahatsızlığa neden olurken daha büyük kistler ise nazal kavite tabanına uzanarak obstruksiyon, burun deliklerinin distorsiyonu ve üst dudak dolgunluğu gibi durumlara neden olurlar.

- Genellikle unilateraldir.
- Yaş aralığı 12-75 yaş, ortalama 44 yaş.
- Vakaların % 75'i kadınlarda görülür.
- Primer olarak yumuşak doku kistleridir ve keserlerin apikal bölgelerinin yukarısındaki alveolar prosese komşu olarak bulunurlar.
- Konvansiyonel radyografilerde görüntü vermeyebilirler.
- Bilgisayarlı Tomografi veya Magnetik Rezonans görüntüleme ile saptanabilirler.

- BT'de yumuşak doku algoritmasında, ince aksiyel kesitlerde dairesel veya oval lezyon izlenebilir. İnternal yapı homojen ve komşu yumuşak dokuya göre daha radyolusenttir.
- Enfekte bir nazolabial kist akut dentoalveoler apseyi taklit edebilir. Bu yüzden komşu dişlerin canlılığı değerlendirilmelidir. Ayrıca, nazal fronkl, büyük müköz ekstravazyon kisti veya kistik tükürük bezi adenomu da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.
- Tedavisi intraoral yaklaşımla eksizyondur. Nüks nadirdir.

Dermoid Kist

- Epidermis ve kutanöz doku ile çevrili, keratin veya sebace materyali (nadiren kemik, diş, kas veya sa içerebilir - gerçek teratom)
- Teratomun kistik bir formu olarak da değerlendirilebilir.
- Her iki cinste eşit oranda, yumuşak dokuda doğumdan itibaren herhangi bir zamanda ortaya çıkarlar. Klinikte ise genelde 12-25 yaş arasında tespit edilirler.
- Yumuşak dokuda oldukları için BT ve MR ile görüntülenir.

- Nadir görülen gelişimsel bir anomalidir ve vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir.
- Yaklaşık %10 vaka baş boyun bölgesindedir ve sadece %1-2 vaka oral kavitede görülür. Oral kavitede görülenlerin %25'i ise ağız tabanında ve dilde konumlanır.
- Lezyonun periferi BT'de iyi sınırlıdır ve çevre yumuşak dokudan daha radyoopaktır.
- Benzer lezyonlar ise ranula, triglossal kanal kisti, brankial yarık kisti, selülit, lipom, liposarkom ve submental bölgedeki normal yağ dokusudur.
- Cerrahi sonrası nüks görülmez.