**Cysteskema**

Fakta om cyster:

Definition: et ikke præformeret fyldt (af væske, debris eller luft) hulrum, som er epitelbeklædt. Omkring findes en kapsel af kollagent bindevæv.

Diagnostisk: i mange tilfælde stilles endelig diagnose ved sammenhold af kliniske og radiologiske fund.



🡪 WHO klassificering.

De inflammatoriske cyster er odontogene.

Histogenese – oprindelse af epitel i odontogene cyster:

* malassezke epitelrester (radikulær, residual, muligvis paradental cyste)
* rester af lamina dentalis (formentlig keratocyste, ortokeratiniseret odontogen cyste, lateral periodontal cyste, gingival cyste, glandulær odontogen cyste)
* reduceret emaljeepitel (follikulær, eruptionscyste)
* sulcus/kontaktepitel (muligvis paradental cyste)

Histogenese – oprindelse af epitel i non-odontogene cyster:

* embryonale epitelrester fra dannelsen af canalis insicivus
* embryonale epitelrester fra dannelsen af tårekanalen (canalis naso-lacrimalis)
* epitelrester fra fusion af embryonale processer (ganeprocesserne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type** | **Navn** | **Prævalens**  | **Klinisk** | **Radiologisk** | **Påvirkning af omkringliggende strukturer** | **Histologi** | **Recidiv** | **Note** | **Differential-diagnostik** |
| Odontogen | **Gingival cyste** | 65-85 % af nyfødte | Gingiva, hårde ganeSmå gullige/hvidlige små papiller | - | -  | Keratin-fyldt cyster omgivet af pladeepitel |  | Ingen behandling |  |
| Odontogen | **Keratocyste/ Keratocytisk odontogen tumor** | 10 % af alle | 90 % posteriort i UKUndertiden omkring kronen af ikke-frembrudt tand. Men også lateralt og kaudalt for en tandrod. | Mindre eller større uni- ellermultilokulære radiolucente områder, der normalt er velafgrænsetmed en tynd, radiopaque zone mod den normale knogle. | Minimal Men evt. ekspansion af knogle og dislokation af tænder | Parakeratiniseret, 5-8 cellelagtykt flerlaget pladeepitel med velmanifesterede basalcellermed palisadestillede kerner. Tynd fibrøs bindevævskapselKreatinfyldt (Nivea creme) i lumen. | Høj  | Hvis multiple – mistanke om Gorlins syndromVigtigt med kontrol!Diagnosen kan kun stilles histologisk! | Follikulær cysteAmeloblastomMyxomSimpel knoglecyste |
| Odontogen | **Ortokera-tiniseret****Odontogen cyste** | 7-17 % af alle kæbecyster | Ofte hos ungePosteriort i mandiblenOmkring kronen af ikke frembrudte tænderOfte 8’erne i UK | 1-7 cm i diameterUnilokulærRadiolucent | - | Omgivet af ortokera-tiniseret pladeepitelEvt. Kertohyalin granula i det superficielle epitellag |  |  | Follikulær cyste |
| Odontogen | **Follikulær cyste** | Ca. 15 % af alle cysterforekommer hos 4 % af patienterne omkring retinerede tænder | Omkring kronen af ikke-frembrudt tand. (OBS 3+3)Udgår fra emalje-dentingrænsen.> 2,5 mm (ellers udvidet perikoronarrum) | Unilokulært radiolucent område, bortset fra det område hvor krone af inficeret tand ligger. | Resorption + dislokation af nabotænder.Dislokation af aktuel tand i apikal retning eller mod ramus. | Uforhornet pladeepitel og mucinøst cylinderepitelFibrøs bindevævs kapselReduceret emaljeepitel |  | Dannes fordi der kommer væske mellem tand og follikel | Udvidet perikonarrum – som ses i forbindelse med fremadbrud (normalt 3 mm.) hvis mere end 5 mm. bør cyste overvejesKeratocysteAmeloblastomAmeloblastisk fibromRadiokulær cyste ved apex af mælketænder |
| Odontogen  | **Eruptions-cyste** | Børn < 10 år | Ses i forbindelse med tanderuptionBlød translucent hævelse over kronen på en ikke frembrudt tændKan være blålig pga. væske |  |  | Oralt epitel med underliggende lamina propria med inflammation | - | Udvikles pga. separation af dentalfolliklen fra kronen under eruptionKollagen i det gingivale bindevæv er hårdere at penetrere |  |
| Odontogen | **Lateral periodontal cyste** |  | I relation til roden af frembrudt tand, ofte lateralt50-75 % i UK i præmolar – og hjørnetands-region | Cirkulær/oval velafgrænsetRadiolucent evt. med septaeOfte < 1 cm | Minimal  | Tyndt uforhornet pladeepitelEpitiale plaques (fortykninger) |  | SjældenPulpa er vital!OBS – ligger ofte ved foramen mentale – brug SLOB reglen! | Radikulær cyste (ved lateral bikanal)Foramen mentaleLille keratocyste |
| Odontogen | **Gingival cyste hos voksne** |  | 60-75 % ses i præmolar / hjørnetands region | Faciale gingiva eller mukosaAsymptomatisk hævelse< 0,5 mmBlå/grå |  | Som lateral cysten |  |  | Lateral cyste |
| Odontogen | **Glandulær odontogen cyste** (sialo – odontogen – cyste) |  | 75 % i mandiblen UK frontSmå cyster ofte assymptomatisk – store cyste kan give paraæstesi eller smerter |  | Ekspansion ved de større cysterKan have aggressiv vækst | Kubisk/cylindriske celler på overfladen, samt krypter/hulrum | Høj |  |  |
| Non-odontogen | **Nasopalatinal cyste** | Ca. 10 % af alle | Foramen incisivum eller canalis nasopalatinus | Cirkulær/ovalEvt. hjerteform pga spina nasalis | Evt. divergens af incisiver samt ekspansion af knogleResorption af rødder er sjælden |  |  | Pulpa er vitalVokser meget langsomt | Stor foramen incisivum (hvis < 6mm) Radikulær cyste – pulpa vil være avital |
| Non-odontogen | **Nasolabial cyste** (naso-alveolær) |  | Overlæben lateralt for midtlinjenEleveret næse ekstraoraltSmertefri |  | Tryk af den underliggende knogle | Omgivet af pseudo pladeepitel med gobletceller og cilia |  | Kan springe spontant og drænage kan ske intraoralt eller i næsen |  |
| Inflam-matorisk  | **Radikulær cyste** | Hyppig (55 % af alle) | Ved apex af tand med avital pulpa. | Cirkulær, >2cmVelafgrænsetRadiolucent  | Hvis stor cyste evt. dislokation + resorption af nabotænder. | Uforhornet pladeepitel Inflammation i cystekapselEvt. kolesterolkrystaller | Hvis epitel efterlades ved fjernelse er der høj risiko for recidiv i form af residualcyste | Inflammatorisk cyste. Hyppigst forekommende cysteCaries/traume → nekrotisk pulpa → apikalt granulom → radiokulær cyste | Apikalt granulom (< 2cm + udefineret afgrænsning)KeratocysteHeling af kirurgi |
| Inflam-matorisk | **Paradental cyste** | Relativt hyppig | Ofte forbundet med perikoronitisFacialt for molaraer sv.t. furkaturenEvt. hård hævelse facialetLinguale cuspides vil liggere højre end de faciale pga. disklokation af rødderne | VelafgrænsetCirkulær/ ovalRadiolucent | Store cyster: dislokation + resorption af rødderog facial ekspansion af knogle. | Omgivet af non-keratiniseret pladeepitel med hyperplasiKronisk inflammation i bindevæv |  | Pulpa er vitalTag bidplansoptagelse for diagnostik | Parodontal abcesFollikulær cyste |
| Inflam-matorisk  | **Residual cyste** |  | I kæber i tandløst område | Cirkulær/ovalRadiolucent | Evt. dislokation + resorption af nabotænder.Ekspansion af knogle. |  |  | Opstår pga. ufuldstændig fjernelse af oprindelige cyste (ofte radikulær) Anamnese og tidligere rtg. er vigtige for diagnostik | KeratocysteTraumatisk knogle cyste |

**Andre patologiske tilstande i kæberne der betegnes cyster, men som ikke har epitelbeklædning:**

* Aneurismal knoglecyste: relativt sjælden, pt’er under 20 år, hyppigst UK molarregion.
* Simpel knoglecyste/sollitær cyste/hæmoragisk knoglecyste/traumatisk knoglecyste: pt’er under 20, hyppigst UK molarregion, ofte guirlandeformet afgrænsning op imellem tandrødder. Beh. kirurgisk tømning af kavitet. Diff.diagnose: keratocyste.