

NAZOLABİAL KİSTTE CERRAHİ YAKLAŞIM: İKİ OLGU SUNUMU

Surgical Approach in Nasolabial Cysts : Report of Two Cases

Hamiyet ÜNSAL*
Uğur GÜLŞEN*

İlham MEHDİYEV*
Nejat Bora SAYAN**

ABSTRACT

Nasolabial cysts are soft tissue lesions arising from epithelial remnants of the nasolacrimal duct. They are rare benign non-odontogenic lesions of nasal-alar region. These lesions may be asymptomatic or they may cause nasal obstruction, pain, and facial deformity. This lesion measures between 1.5-3 cm; it is characterized clinically by a swelling, which elevates the upper lip. The diagnosis is based on the clinical findings and, if necessary, radiological images. Nasolabial cysts are generally unilateral and they are more common in women. Although they are more frequent in 4th and 5th decades, they may be seen in any age group. They characteristically grow in a slow pattern and without pain but they may present as a rapidly growing painful mass when they are infected. Differential diagnosis should include other odontogenic and non-odontogenic masses.

The aim of presenting these two case reports is to discuss clinical presentation, diagnosis, radiographic appearance and the more suitable surgical techniques to treat this disorder.

Key Words: *Nasolabial Cyst, Non-Odontogenic Cyst*

ÖZET

Nazolabial kistler nazolakrimal duktusun epitelyal kalıntısından ortaya çıkan, nasal alar bölgenin nadir görülen, odontojenik olmayan benign lezyonlardır. Bu lezyonlar asemptomatik olabilecekleri gibi nasal obstrüksiyon, ağrı ya da

yüzde deformite yapabilirler. Nazolabial kistler genellikle unilateral görülürler ve kadınlarda daha sık rastlanır. Dördüncü ve beşinci dekadlar arasında sık olmakla birlikte her yaş grubunda görülebilirler. Yavaş ve ağrısız büyümeleri karakteristiktir fakat enfekte olduklarında hızlı büyüyen ağırlı kitle ile kendilerini gösterebilirler. Ayırıcı tanı diğer odontojenik ve non-odontojenik kitleler ile yapılmalıdır.

Bu olgu sunumunda maksiller nasolabial sulkus bölgesinde tutulum gösteren, nasolabial kist teşhisi konan iki olgunun kliniği, diagnozu, radyolojik ve en uygun cerrahi tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Nazolabial Kist, Non-Odontojenik Kist*

GİRİŞ

Nazolabial kistler (nazoalveoler ya da Klestadt's kist diye de bilinir) oldukça nadir olarak görülen, üst dudak ve orta hattın lateralinde burun tabanında ortaya çıkan, odontojenik olmayan, epitelden köken aldığı düşünülen gelişimsel yumuşak doku lezyonları olup tüm çene kistlerinin %0.7'sini oluştururlar (1,2,3).

Patogenezini değerlendirmede iki teori ileri sürülmüştür. İlk hipoteze göre uterusun yaklaşık 30 günlük döneminde medial ve lateral nazal süreçler ve maksiller prominensin birleşmesi sonrasında arta kalan

* Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı.

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

mezenşimdeki epitel hücrelerinden köken aldığı düşünülür (4,5). İkinci hipotez ise lateral nazal proçes ve maksiller prominens arasında uzanan nazolakrimal kanal epitelini artıklarından oluştuğu yönündedir (6). Ancak embryonik mezenşim içindeki epitelyal artıkları kanıtlamak mümkün değildir (7). Böylece son teorisinin daha makul olduğu düşünülebilir (8). Ancak bu epitel artıklarından

kistin gelişimi henüz açıklık bulmamıştır. Histolojik olarak kisti döşeyen epitel hücreleri psödostrafiyeye kolumnar tipte olup çok sayıda goblet hücresi içermektedir. Bazı vakalarda strafiyeye skuamoz epitel ve ek olarak küboidal epitel görülebilir. Enfekte kist epitelinde skuamoz metaplazi görülebilmektedir.

Enfekte olmadıkça genellikle ağrısız şişlik, nadiren de burun tıkanıklığı şikayetine neden olurlar (6,8). Tipik olarak kanin fossada, üst dudakta, gingivolabial sulkusta, nazal ala ve vestibülde dolgunluğa neden olurlar (8).

Nazolabial kistler nazolabial alanın enfeksiyonları ya da diğer kitle lezyonları ile karışabildiği için klinik olarak önemli lezyonlardır. Bu olgu sunumunda iki nazolabial kist olgusu tartışılmıştır.

VAKA RAPORLARI

VAKA 1

36 yaşında bayan hasta sağ nazal alar bölgede meydana gelmiş şişlik ve fasiyal asimetri sebebiyle kliniğimize başvurmuştur (Resim 1). Alınan anamnez sonucu hastanın herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmadığı ve lezyonun yaklaşık sekiz aylık bir sürede geliştiği öğrenilmiştir. Yapılan klinik muayene sonucu vestibül mukozada normal renkte fluktan ve ağrı oluşturmeyen şişlik palpe edilmiş ve bu şişliğin kanadı laterale ve yukarı kaldırdığı görülmüştür. Yapılan radyolojik inceleme sonucu periapikal ve panoramik radyografilerde sadece kistin gösterdiği depresyon alanı görülmektedir. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T₂ sekansında hiperintens görüntü vermektedir ve diğer fasiyal yapılar normal olarak görülmektedir (Resim 2). Frontal kesitteki görüntülerde sağ nazal tabandaki asimetri gözlenmiştir. Yapılan vitalite testi sonucu dişlerin vital olduğu saptanmıştır. Hastada nazal obstrüksiyon bulunmamaktadır.

Hasta lokal anestezi altında opere edilip sublabial yaklaşımla kist yumuşak dokudan diseke edilerek kistin enükleasyonu gerçekleştirilmiştir. Operasyon sırasında kist rüptüre olsa da 2.5×2.5×1.5 cm çapındaki kitle tam olarak çıkarılmıştır. Çıkarılan lezyon histopatolojik olarak değerlendirilmiştir. Kesitlerde iki sıralı epitel ile döşeli kistik lezyon izlenmiştir. Kist duvarında ödemli bağ dokusu ve çizgili kas dokusu bulunmaktadır. Duvar içinde minimal lenfosit birikimi izlenmektedir. Bu bilgiler ışığında alınan biyopsi örneğine nazolabial kist olarak tanı konmuştur (Resim3.). Postoperatif yedinci günde yara bölgesi kontrol edilmiş ve ağız içinde bulunan dikişler alınmıştır. Hastanın 3 yıllık takibi sonucu nüks gözlenmemiştir.

VAKA 2

Kliniğimize burun kenarındaki şişlik nedeniyle başvuran 60 yaşındaki erkek hastanın yapılan klinik ve radyolojik muayenesinde; sol burun kenarında nazolabial sulkus bölgesinde sert, yuvarlak, hareketli burun kanadının yukarı doğru kalkmasına sebep olan şişlik saptandı. İntraoral muayenede maksiller sol lateral ve kanin diş bölgesinde, labial sulkusta 2 cm' yi bulan şişlik görüldü. Hastadan alınan bilgisayarlı tomografide (BT) yumuşak doku içinde kistik lezyon görülmektedir (Resim4). Şiş bölgeden alınan aspirasyon sonucu kistik sıvının geldiği görüldü. Vitalite testiyle ilgili dişlerin vital olması üzerine lezyonun nasolabial kist olduğu düşünülmüştür. Hasta lokal anestezi altında opere edilmiştir. Gingivobukkal insizyonla kiste ulaşıp, kist diseke edilerek çıkarılmıştır. Postoperatif yedinci günde yara bölgesi kontrol edilmiş ve ağız içinde bulunan dikişler alınmıştır. Patoloji sonucu nasolabial kistle uyumlu gelmiştir. Hastanın 2 yıllık takibinde nüks gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Nazolabial kist, nazolabial sulkus bölgesinde, merkezi burun kanadı olan şişlik şeklinde gözlenen, nadir görülen bir kisttir. Nazolabial kistin görülme sıklığı, tüm çene kistleri içerisinde % 0.7 ve tüm odontojen olmayan kistler arasında % 2.5'tur (9). Geniş yaş aralığında hasta dağılımı olmasına rağmen 4. ve 5. dekatlarda ve kadınlarda erkeklerden daha çok (K/E ¼ 1:6.5) görülür (9, 10, 11).

Nazolabial kistin klinik özellikleri maksiller labial sulkusu ve nazal vestibül tabanını dolduracak şekilde fluktan şişlik, nazolabial sulkusta silikleşme ve burun kanadının elevasyonu şeklindedir. Bazı hastalarda nazal solunumla ilgili güçlük şeklinde şikayet olabilir. Genelde asemptomatiktir (12,13).

Nazolabial kist, bazen rutin intraoral radyografilerde herhangi bir bulgu vermez, bu nedenle periapikal radyografiler nazolabial kist için diagnostik özellik taşımaz fakat diğer odontojen ve non-odontojen kistlerden ayırt etmek için yardımcı olur (2,12). Nazolabial kistin gelişimine uygun olarak 3 olası radyografik özellik tanımlanabilir: 1. Periapikal radyografide gözlenen, lateral kesici diş apeksi yakınında radyolusensi artışı; 2. Maksillanın labial yüzeyinde çöküntü ve 3. Oklüzal radyografide gözlenen komşu yumuşak doku basıncına bağlı olarak burun anterior aperturasının inferior sınırının sebep olduğu nazal vestibül tabanında distorsiyon (12,14).

Ayırıcı tanı genel olarak oronazal kistleri, özellikle en sık görülen maksiller non-odontojen kist lezyonu olan nazopalatin kisti içerir (15). Fiziksel muayenede sert damakta şişlik gözlenir, ve BT görüntüleri orta maksiller alanda iyi sınırlı-yuvarlak ya da oval lezyon olarak görüntü verir (15).

BT yada MRG nazolabial kistin yumuşak doku orijini hakkında fikir verir ve bu sayede gereksiz cerrahi işlemde ve ince iğne aspirasyon biyopsisinden kaçınılmış olur (16). BT' de genelde homojen, artan non-kontrast kistik lezyon şeklinde (17,18) apertura priformisin anteriorunda görülür; geniş kistlerde altında yer alan kemikte remodelasyon gözlenebilir (17).

MRG'de glandüler odontojenik kist ve radiküler kiste benzer şekilde homojen orta seviyede yoğunlukta T1 sinyalleri ve homojen yüksek yoğunlukta T2 sinyalleri şeklinde ortaya çıkar (19,20). MRG nazolabial ve nazopalatin kistin ayırıcı tanısında oldukça kullanışlıdır. Son bulgular homojen yüksek yoğunluklu T1 ve T2 sinyalleri şeklindedir (21). BT, MRG ile kıyaslandığında daha düşük maliyetlidir (22).

Nazolabial kistte tedavi metodu olarak genelde sublabial yaklaşımlı eksizyon tercih edilir (9, 23, 24, 25). Ancak Su ve arkadaşları (26) 17 vakada hiçbir rekürrens gözlenmeden sonuçlanan, yeni bir transnazal marsüpyalizasyon metodu gerçekleştirmiştir (27). Chen ve arkadaşları nazolabial kist için microdebrider ile endoskopik marsüpyalizasyonu rapor etmiştir (28). Sublabial yaklaşım (10 vakada), konvansiyonel transnazal marsüpyalizasyon (13 vakada), ve microdebrider ile marsüpyalizasyon (8 vakada) işlemlerini içeren 3 tip cerrahi işlemi karşılaştırmışlardır. Cerrahi prosedür ve çalışma zamanı açısından, transnazal marsüpyalizasyonun gingival flep kaldırmayı ve kisti diseke etmeyi gerektirmeyen sublabial yaklaşımdan daha kolay ve çabuk olduğu bulunmuştur. İşlem boyunca kanama süresi de sublabial yaklaşımda çalışma zamanını uzatır. Transnazal yaklaşımda ise direkt endoskopik görüş altında microdebrider kullanarak sadece kist çatısından yeterli bir giriş yeri gerektirir ve mukoza yüzeyinden gelen kanama kolaylıkla kontrol edilebilir. Dahası transnazal yaklaşım lokal anestezi altında gerçekleştirilebildiğinden hasta yatışı gerektirmez ve VAS skalası bulgularına göre daha az ağrılı bir metoddur (29). Marsüpyalizasyon sonrası hızlı bir epitelizasyon ve daimi bir açıklık olur, çünkü nazal müköz membran ve kist ayrımının kesi hatları yakın bir şekilde kapatılır (23). Ancak kiste çok küçük bir pencere açılırsa ostiumu çevreleyen annular skar hızla büzüşür ve açıklıkta mukus birikimiyle ya da kistin rekürrensiyle sonuçlanabilir. O yüzden rekürrensi önlemek için geniş bir pencere gereklidir (26,27). İmre ve arkadaşları rekürrens gösteren nazolabial kiste endoskopik marsüpyalizasyon uygulamışlar ve rekürrens olgularda endoskopik marsüpyalizasyonu önermişlerdir (30). Sonuç olarak nazolabial kist kendine özgü özellikleriyle diğer kistlerden kolayca ayrılmaktadır. Biz çalışmalarımızda sublabial insizyonla konvansiyonel yöntemi tercih ettik ve sonucunda kanama, iyileşme, ağrı açısından istenmeyen bir durumla karşılaşmadığı gibi herhangi bir rekürrens gözlenmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1983. p. 1–85.
2. Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of nasopalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 58:729-735, 1984.
3. Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: pre-sentation of a case with a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, 42:188-192, 1984
4. Allard RH. Nasolabial cyst. Review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg* 1982; 11(6):351–9.
5. Sperber GH. Craniofacial embryology. 4th ed. London: Wright; 1989. p. 31–57.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 1–43.
7. Neville BW, Damm DD, White DK. Color atlas of clinical oral pathology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999. p. 1–39.
8. Regezi JA, Sciubba J. Oral pathology: clinical – pathologic correlations. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1993. p. 322–61.
9. Vasconcelos RF, Souza PEA, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. *Quintessence Int* 1999; 30: 629–632.
10. Santara E, Ballantyne AJ, Hinds EC. Nasopalveolar cyst. *Arch Otolaryngol* 1970; 28: 117–120.
11. Karmody CS. Nasopalveolar cyst. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1970; 81: 278–283
12. Van Bruggen AP, Shear M, Du Preez IJ, Van Wyk DP, Beyers D, Leeferink GA. Nasolabial cyst: a report of 10 cases and a review of the literature. *J Dent Assoc S Afr* 1985; 40: 15–19.
13. Crowford W, Korchin L, Greskovich FJ. Nasolabial cysts: report of two cases. *J Oral Surg* 1968; 26: 582–588.
14. Atterbury RA, Vazirani SJ, McNabb WJ. Nasopalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 14: 769–773.
15. Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope* 2004;114:1336-40.
16. Curé JK, Osguthorpe JD, van Tassel P. MR of nasolabial cysts. *Am J Neuroradiol* 1996;17:585-8.
17. Hillman T, Galloway EB, Johnson LP. Pathology quiz case 1:nasopalveolar cyst. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:452-5.
18. Hashida T, Usui M. CT image of nasopalveolar cyst. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000;38:83-4.
19. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Shigehara H, Yanagi Y, Kishi K. MR imaging of epithelial cysts of the oral and maxillofacial region. *Eur J Radiol* 2003;48:178-82.
- 20- X3- Karadağ D, Beriat GK, Akıncı T, Yinanç MA. Nasolabial Kist: MRG Bulguları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(3):731-4
21. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Matsuzaki H, Kishi K. MR imaging of nasopalatine duct cysts. *Eur J Radiol* 2001;39:73-6.
- 22- X1- Sumer AP, Celenk P, Sumer M, Telcioglu NT, Gunhan O. Nasolabial cyst: case report with CT and MRI findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;109:e92-e94
23. Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ, et al. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J*. 2002 Feb;81(2):94-6.
24. Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Jun;45(4): 293-7.
- 25- X4- Keleş E, Karlıdağ T, Yalçın Ş, Kaskalın E, Çobanoğlu B, Hanifi Y. Nasolabial Kist: Beş Olgunun Değerlendirilmesi *KBB ve BBC Dergisi* 18 (3):141-146, 2010
26. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic

marsupialization of the nasolabial cyst. Laryngoscope. 1999 Jul;109 (7 Pt 1):1116-8.

27. Ramos TC, Mesquita RA, Gomez RS, Castro WH. Transnasal approach to marsupialization of the nasolabial cyst: report of 2 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jun;65(6):1241-3.

28. Chen CN, Su CY, Lin HC, Hwang CF. Microdebrider-assisted endoscopic marsupialization for the nasolabial cyst: comparisons between sublabial and transnasal approaches. Am J Rhinol Allergy. 2009 Mar-Apr;23(2):232-6.

29. Lee JY, Baek BJ, Byun JY, Chang HS, Lee BD, Kim DW. Comparison of Conventional Excision via a Sublabial Approach and Transnasal Marsupialization for the Treatment of Nasolabial Cysts: A Prospective Randomized Study. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology Vol. 2, No. 2: 85-89, June 2009.

30- Imre A, Pinar E, Calli C, Oncel S. Endonasal Endoscopic Approach for Recurrent Nasolabial Cyst. The Journal of Craniofacial Surgery Volume 23, Number 5, September 2012 DOI: 10.1097/SCS.0b013e31825e4cce

Yazışma Adresi: Hamiyet ÜNSAL
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
06500 Beşevler/ANKARA
Tel: 0(312) 296 55 76
Cep :0(505) 519 75 35
Fax:0(312) 212 39 54
E-mail: hamiyet_unsal@hotmail.com