

# Nazolabial Kistin İliak Kemik ile Obliterasyon ve Rekonstrüksiyonu

## Obliteration and Reconstruction of Nasolabial Cyst with Iliac Bone Graft

\*Dr. Fikret ŞAHİN, \*\*Dr. Tevfik ŞATIR, \*\*\*Dr. Raci GÜNEY

\* Balıkesir Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,  
\*\* Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,  
\*\*\* Balıkesir Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Balıkesir

---

### ÖZET

---

Nazolabial kistlerin tedavisi, non-odontojenik orijinli ve ekstra-osseöz yerleşimli olmaları nedeniyle genellikle cerrahi rezeksiyondan oluşmaktadır. Buna karşın olgumuzdaki gibi maksiler sinüs kemik duvarında destrüksiyon yapıp, sinüs antrumuna kadar uzanan oldukça ileri boyutlardaki nazolabial kistlerde sadece rezeksiyon yeterli olmamaktadır. Post-op oro-antral fistül gelişmemesi ve hastanın dental protezlerini daha rahat kullanabilmesi için kist kavitesinin rekonstrüksiyonu da gerekmektedir. İliak kemik, kortikal ve spongioz kemik içermesi nedeniyle rekonstrüksiyonda kullanılacak iyi bir seçenektir.

#### *Anahtar Sözcükler*

*Nazolabial kist; iliak kemik; obliterasyon;  
rekonstrüksiyon*

---

### ABSTRACT

---

Usually treatment of the nasolabial cyst consists of surgical resection due to its non-odontogenic origin and extra-osseous localization. However, as in our case, for a large sized nasolabial cyst that caused bony destruction which reached the maxillary sinus antrum, surgical resection is not sufficient. Iliac bone is a good choice for reconstruction because it contains cortical and cancellous bone.

#### *Keywords*

*Nasolabial cyst; iliac bone; obliteration;  
reconstruction*

**Bu çalışma 31. Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi (28 Ekim-01 Kasım 2009, Antalya)'nde basılı poster olarak sunulmuştur.**

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 11.12.2012

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 05.12.2013

≈

Yazışma Adresi

Dr. Fikret ŞAHİN

Balıkesir Devlet Hastanesi,

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Kliniği,

Balıkesir

E-posta: fikretsahin@hotmail.com

## GİRİŞ

**N**azoalveoler yada Klestadt kisti olarak adlandırılan nazolabial kistler, tüm çene kistlerinin %0,7'sini oluşturan, maksillanın non-odontojenik, eksta-osseöz yerleşimli, genellikle kemik invazyonu yapmayan oldukça nadir kistleridir.<sup>1,2</sup> Sıklıkla üst dudak ve nazal vestibül civarında gingivolabial bölgede lokalize ağrısız şişlik olarak belirirler.<sup>3</sup> Kistin enfekte olması ağrıya neden olan en önemli sebeptir. Çok büyük boyutlara ulaşmadıkça burun tıkanıklığına neden olmazlar. Hastalar kozmetik şikayet ile hekime başvururlar.<sup>4,5</sup> Genellikle unilaterale ve sıklıkla 4. ve 5. dekatta, kadınlarda erkeklere göre 4 kat daha fazla görülür.<sup>1-3</sup>

Çoğunlukla kemik invazyonu yapmaması nedeniyle nazolabial kistlerin tedavisi genellikle cerrahi rezeksiyondan oluşur. Maksiller sinüs kemik duvarında destrüksiyon yaparak sinüs antrumuna kadar uzanan ve cerrahi tedavide obliterasyon ve rekonstrüksiyona gerek duyulan büyük boyuttaki nazolabial kistlerde, iliak kemiğin oldukça uygun bir rekonstrüksiyon materyali olabileceğini belirtmek amacıyla olgunun yayınlanması karar verilmiştir.

## OLGU SUNUMU

62 yaşında bayan hasta, üst çenesinin sol tarafında yaklaşık olarak 1 yıldır var olan ve giderek büyüyen ağrısız kitle yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde kitlenin daha önce farklı iki merkezde ponksiyon yapılarak ve cerrahi olarak drene edildiği fakat her iki müdahaleden 1-2 ay sonra şikayetin tekrarladığı öğrenildi. Kulak burun boğaz muayenesinde; sol nazolabial bölgede fossa kanina üzerine lokalize 3x5 cm boyutlarında sınırları belirgin fluktuasyon veren kistik kitle tespit edildi (Resim 1).

Nazal endoskopik muayene normaldi, nazal obstrüksiyon gözlenmedi. Sert damağın intraoral olarak dijital palpasyonunda, kistin bulunduğu bölgede fluktuasyon alınıyordu. Boyun palpasyonunda lenfadenopati saptanmadı. Hasta alt ve üst çenesinde total diş protezi kullanmaktaydı.

Hastanın koronal ve aksiyel planda çekilen paranasal sinüs tomografilerinde; sol tarafta maksiller kemik içinde lokalize, nazal kavite ve maksiler sinüs tabanına doğru genişleme gösteren yaklaşık olarak 3x4 cm'lik kist gözlemlendi. Kistin maksiler sinüs kemik duvarını in-

fero-medialde destrükte ettiği ve maksiller sinüs içine kadar uzanarak sinüs içinde de yaklaşık olarak 2x2 cm boyutlarında ikinci bir kist ile devam ettiği tespit edildi (Resim 2). Cerrahi müdahale için hastanın bilgilendirilmiş oluru yazılı olarak alındı. İntranazal entübasyonla genel anestezi altında, sol sublabial yaklaşım ile maksilla ön duvarında mukoza altında kiste ulaşılarak, kist kapsülü ile maksilla içinden disseke edildi. Kistin maksiller sinüs duvarını infero-medialde yaklaşık olarak 2x1 cm boyutlarında destrükte ederek sinüs antrumuna uzandığı görüldü ve kistin sinüs içindeki kısmı da disseke edildi (Resim 3).

Oro-antral fistül oluşmaması ve hastanın diş protezlerini daha rahat kullanabilmesi amacıyla oluşan defektler iliak kemikten alınan greftler ile rekonstrükte edildi. Kist kavitesi ile sinüs arasındaki defekt iliak kemiğin korteksi ile kapatıldıktan sonra, kist kavitesi iliak kemiğin spongiöz kısmı ile dolduruldu ve maksillanın ön



Resim 1. Nazolabial kistin preoperatif intraoral görünümü.



Resim 2. Nazolabial kist ve maksiler sinüs içindeki kistin BT görünümü.

duvarındaki kemik defekt ise yine iliak kemiğin korteksi ile kapatıldı (Resim 4). Kemik greftler defektlerin boyutuna uygun şekil verilerek, herhangi bir tespit materyali kullanılmadan yerlerine sıkı olarak yerleştirildi.

Kistlerin histopatolojik incelemesinde; her iki kist lümeninde psödostratifiye kollumnar epitel ile döşeli olduğu ve yer yer goblet hücreleri içerdiği görüldü (Resim 5).

Hastanın 1 yıllık takibinde nükse rastlanmadı ve post-op 8. ayda çekilen tomografisinde kist kavitesinin tamamen kemik doku ile doldurulmuş olduğu gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Nazolabial kistler 4.-5. dekatta kadınlarda 4 kat daha fazla görülür genellikle unilateral ve maksillanın sol tarafında lokalize olmalarına karşın, vakaların %11,2'inde bilateral kist görülür.<sup>1,2,3,6</sup>

Olgumuzun bayan hasta olması, kistin maksillanın sol tarafında yer alması ve 6. dekat'ta görülmesi literatürdeki görülme sıklığı ile uyumludur.

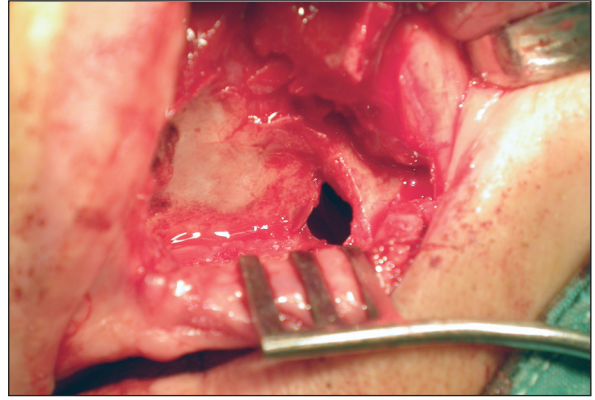
Tanı lezyonun klinik özelliği, radyolojik bulgular ve kesin olarak da histopatolojik bulguların korelasyonu ile konulur. Radyolojik incelemede özellikle paranasal sinüs tomografileri kistin boyutu, kemik destrüksiyonu olup olmaması ve kistin sinüs ile ilişkisini değerlendirmekte oldukça faydalıdır. Ayrıca tomografik bulgular vakamızda olduğu gibi operasyon esnasında kist kavitesinin oblitere ve rekonstrükte edilip edilmemesi gerektiği konusunda da cerraha fikir verir.

Ayırıcı tanıda; lipom, tükürük bezi tümörleri, odontojenik keratokistler, dental apseler, nazal fronkül ve daha az sıklıkla schwannom, hemanjiom, leimyom, ag-resif fibromatosiz gibi lezyonlar göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>3,5,7</sup>

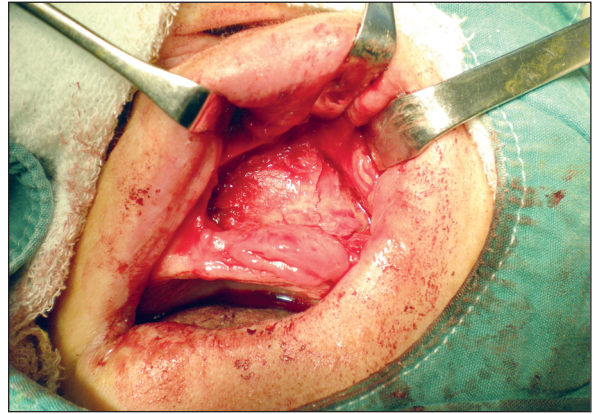
Nazolabial kistlerin histopatolojik incelemesinde; vakaların çoğunda psödostratifiye kollumnar epitel (%61,1) görülmekle birlikte daha az olarak stratefiye squamöz epitel (%27,8) ve basit küboidal epitel (%11,1) görülmüştür, yine vakaların %55,6'ında goblet hücreleri bulunmaktadır.<sup>1-3</sup>

Olgumuzun histopatolojik incelemesinde de psödostratifiye kollumnar epitel ve goblet hücreleri izlenmiştir.

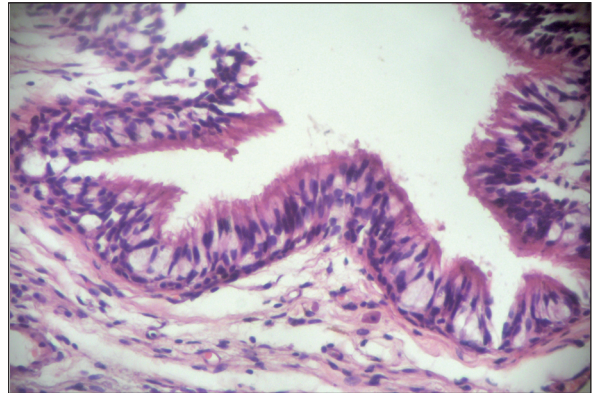
Nazolabial kistlerin, nazolakrimal kanal epitelinden kaynaklandığı görüşü günümüzde en çok kabul gören teoridir.<sup>1,6,8</sup> Nazolakrimal kanalı döşeyen epitel ile



**Resim 3.** Kist kavitesi ile sinüs arasındaki kemik defektin görünümü.



**Resim 4.** Kist kavitesinin iliak kemik ile obliterasyon ve rekonstrüksiyon sonrası görünümü.



**Resim 5.** Kiste ait histopatolojik görünüm.

nazolabial kist kavitesini döşeyen epitelin genellikle psödostratifiye kollumnar epitel olması bu teoriyi desteklemektedir. Travmalar kistin gelişimine neden olan epitel proliferasyonunu başlatan faktör olarak düşünülmektedir.<sup>1</sup>

Tedavide en çok tercih edilen yöntem sublabial olarak kistin total enükleasyonudur.<sup>9</sup>

Nazolabial kistlerin tedavilerinde sık olarak uygulanan ponksiyon nükslere veya persistan hastalığa neden olmaktadır.<sup>4</sup> Vakamızda da yaklaşık 1 yıllık sürede birkaç defa tedavi amaçlı ponksiyon yapılmış fakat kist nüks etmiştir.

Son zamanlarda yapılan yayınlarda transnazal yaklaşımla kistin endoskopik marsupializasyonu da yeni bir tedavi yöntemi olarak bildirilmektedir.<sup>3,5,10</sup>

Ancak bizim vakamızda olduğu gibi maksiler sinüs kemik duvarında destrüksiyon yapan ve maksiler sinüs antrumu ile irtibatlı olan nazolabial kist vakalarında post-op oro-antral fistül gelişmemesi ve hastanın dental protezlerini daha rahat kullanabilmesi için kist kavitesinin rekonstrüksiyonu gereklidir. Rekonstrüksiyon düşünülen bu tür vakalarda mutlaka sublabial yaklaşım tercih edilmelidir. Sinüs ile irtibatı olmayan kist kavitesinin obliterasyonunda abdominal yağ dokusu kullanılmasına rağmen vakamızda olduğu gibi maksiller sinüs antrumu ile irtibatlı vakalarda rekonstrüksiyon

amacıyla kemik greflerinin kullanılması daha uygundur. Kemik dokusunun yağ dokusuna göre daha zor rezorbe olması ve rekonstrüksiyon uygulanacak bölgedeki dokuyla aynı yapıya sahip olması greft materyali olarak kullanılmasında tercih sebebi olmuştur.

Kistin kapsülü ile total olarak rezeksiyonundan sonra genel olarak nüks görülmemektedir.<sup>1,3</sup> Olgumuzun yapılan 1 yıllık takibi sonrasında da nüks rastlanmamış ve kist kavitesinin kemik doku ile dolduğu kontrol tomografilerinde gözlenmiştir.

Sonuç olarak, nazolabial kistler nadir görülmesine rağmen sublabial bölgedeki lezyonların ayırıcı tanısında, özellikle ileri yaştaki bayan hastalarda göz önünde bulundurulmalıdır. Lezyonun tanımlanması ve cerrahi planlamasında mutlaka tomografik incelemeler yapılarak, kemik destrüksiyonu yapan ve sinüs ile irtibatlı olan vakalarda, obliterasyon ve rekonstrüksiyon seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır. Böyle vakalarda greft materyali olarak kompakt ve spongios komponente sahip olan iliak kemik kullanılması iyi bir seçenek olacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. 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;81(2):94-6.
2. Patil K, Mahima VG, Divya A. Klestadt's cyst: A rarity. *Indian J Dent Res* 2007;18(1):23-6.
3. Yuen HW, Julian CL, Samuel CY. Nasolabial cysts: Clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;45(4):293-7.
4. Marcoviceanu MP, Metzger MC, Deppe H, Freudenberg N, Kassem A, Pautke C. et al. Report of rare bilateral nasolabial cysts. *J Craniomaxillofac Surg* 2009;37(2):83-6.
5. Erkan AN, Yilmazer C, Yilmaz I, Bolat FA. Nasoalveolar cysts: review of 3 cases. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2005;67(4):196-8.
6. Allard RH. Nasolabial cyst; review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg* 1982;11(6):351-9.
7. Libori TN, Capuano AC, Mantesso A, Gatti A, Nunes FD, Pinto-Junior DS. Asymptomatic expansive lesion in the nasolabial region of a 10 year-old child. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107(3):313-7.
8. Roed-Petersen B. Nasolabial cysts. A presentation of five patients with a review of the literature. *Br J Oral Surg* 1969;7(2):84-95.
9. Yılmaz MD, Dereköy S, Aktepe F, Altuntaş A. [Nasolabial cysts: 2 cases]. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2002;9(2):142-4.
10. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnazal approach to endoscopic marsupization of the nasolabial cyst]. *Laryngoscope* 1999;109(7 Pt 1):1116-8.