

Dev Nazolabial Kist: Olgu Sunumu

Giant Nasolabial Cyst: Case Report

Dr. Mesut Sabri TEZER*, Dr. Samet ÖZLÜGEDİK* Dr. Adnan ÜNAL*, Dr. Ömer GÜNHAN**,
Dr. Gökhan AYDEMİR*

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kulak Burun Boğaz Kliniği

*** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Nazolabial kistler nazolakrimal duktusun epitelyal kalıntısından ortaya çıkan nonodontojenik yumuşak doku lezyonlarıdır. Sıklıkla kozmetik problemlere neden oldukları için genellikle erken dönemde tanı almaktadır. Bu olgu sunumunda dev boyutlara ulaşmış ve kemik deformitesine neden olmuş, bir nazolabial kist sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Nazolabial kist, nonodontojenik kist, nazal kavite

ABSTRACT

Nasolabial cysts are soft tissue lesions arising from epithelial remnants of the nasolacrimal duct. They are usually diagnosed early because of cosmetic problems. In this report, we present a giant nasolabial cyst that caused bony deformity.

Keywords

Nasolabial cyst, nonodontogenic cyst, nasal cavity

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Kulak Burun Boğaz Kliniği
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 11.02.2004 · Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 22.04.2004

Yazışma Adresi

Op.Dr. Mesut Sabri TEZER

İran cad. Turanemeksiz Sok. Kent Sit. A.Blok Daire 5/14 Gaziosmanpaşa/ANKARA
Tel : 0 312 468 65 75 E-posta: mtezer2000@yahoo.com

GİRİŞ

Nazolabial kistler oldukça nadir görülen, non-dontojenik yumuşak doku lezyonları olup tüm çene kistlerinin %0.7'sini oluştururlar (2,12). Bu kistler sıklıkla üst dudak ve nazal vestibülde yerleşirler. 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 (6).

Nazolabial kistler sıklıkla kozmetik problemlere yol açıp, genellikle kist küçükken tanı aldığı ve tedavi edildiği için büyük lezyonlar çok nadir görülür. Bu makalede, 6x5 cm'lik dev boyutlara ulaşmış ve kemik deformitesine neden olmuş, bir nazolabial kist olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

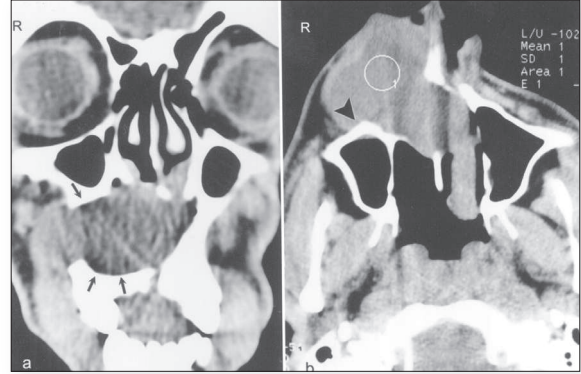
26 yaşında bir erkek hasta, 2 yıldır üst dudak ve yanakta şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastadan alınan bir yıl önce başka bir merkezde lezyonunun anemnezle boşaltıldığı, ancak 3 ay sonra yüzündeki şişliğin tekrar oluştuğu ve operasyon sonrası herhangi bir patolojik tanı konulmadığı öğrenildi. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Kulak burun boğaz muayenesinde; sağ kanin fossa lokalizasyonunda, sağ nazolabial sulkusu silen, anterior rinoskopide sağ nazal vestibül tabanında kabarıklığa yol açan ve burun pasajını inferiordan daraltan bir kitle saptandı (Resim 1).

Muayenede palpasyonla iyi sınırlı, yüzeyi düzgün, kısmen hareketli, fluktuasyon veren, yaklaşık 6x6 cm'lik kitle mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi- de; sağ maksiller sinüs ön duvarını geriye doğru iten, orta hattın soluna da uzanım gösteren ve nazal kavitenin tabanına uzanan, 6x5 cm'lik ekspansil kistik kitle saptandı (Resim 2).

Genel anestezi altında sağ gingivobukkal sulkusun yaklaşık 5 mm üzerinden sulkusa paralel 5 cm insizyon yapılarak mukozanın hemen altındaki kistik kitleye ulaşıldı, kist keskin ve künt diseksiyonla çevre dokulardan ayrılarak eksize edildi. Kistin nazal vestibül tabanında kemik erozyonu yaptığı, sağ maksiller sinüs ön duvarında basıya bağlı olarak kemik deformasyonuna yol açtığı, ancak nazal mukozanın intakt olduğu görüldü (Resim 3).

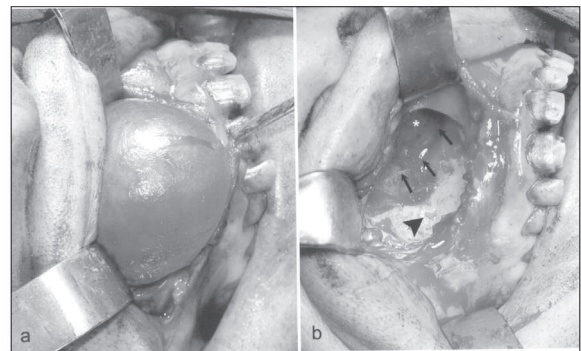


Resim 1. Hastanın preoperatif görünümü, dev nazolabial kist nedeniyle yüzde oluşan deformite görülmektedir.



Resim 2a. Koranal paranazal sinüs BT'de burun tabanındaki kemik deformitesi ve kistin görünümü.

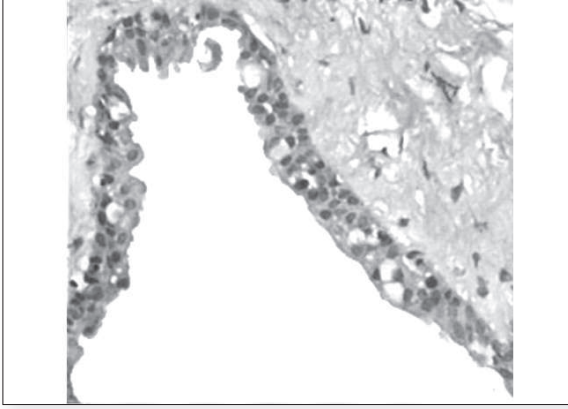
2b. Posteriore doğru itilmiş maksiller sinüs ön duvar (Ok başı).



Resim 3a. Kistin intraoperatif görünümü

3b. Kist çıkarıldıktan sonra posteriore doğru itilmiş olan maksiller sinüs ön duvarının görünümü (Ok başı). Nazal kavitenin tabanında kemik deformitesine bağlı olarak oluşan açıklık görülmektedir (asterix: Burun tabanının mukozasını, oklar geriye doğru itilmiş olan kemiğin sınırını göstermektedir).

Kitlenin histopatolojik incelemesinde, yer yer psödostratifiye kolumnar epitel, yer yer çok katlı yassı epitel ile döşeli, arada dağınık halde goblet hücreleri içeren epitel tabakası altında fibrovasküler stroma izlenmiştir (Resim 4).



Resim 4. Nazolabial kiste ait histopatolojik kesitte yer yer psödostratifiye çok katlı kolumnar, yer yer çok katlı yassı hücreli epitel ile arada dağınık goblet hücreleri görülmektedir.

TARTIŞMA

Nazolabial kist ilk olarak 1882'de Zuckerkandl tarafından tanımlanmıştır (2). Nazolabial kist için; nazoalveoler kist, mukoid kist, subalar kist, nazal vestibüler kist, nazal kanat kisti gibi isimler kullanılmışsa da literatürde en yaygın kullanımı nazolabial kisttir (4). Tüm çene kistlerinin %0.7'sini oluşturan nazolabial kistler; yine her yaşta görülebilmeye karşın 4-5.dekatlarda daha sıktır (6,7). Genellikle tek taraflı ve solda daha sıktır ve %11.2 oranında bilateral görülebilir (12).

Günümüzde nazolabial kistin patogenezinin, Klestadt'ın bildirdiği, intrauterin 4-8. haftalar arasında medial nazal duvar, lateral nazal duvar ve maksiller prosesin füzyonundaki bozukluk sonucu

oluşan "fissüral kist" olduğu görüşü yaygındır (2,9). Brüggemann ise nazolabial kistin, nazolakrimal kanalın inferior kısmının kalıntısından geliştiğini savunmaktadır (5).

Tanı klinik ve histopatolojik bulgularla konulur (10). Fizik muayenede; iyi sınırlı, mobil, fluktuasyon veren kitleler olarak karşımıza çıkarlar. En iyi şekilde palpasyonla bir el burun tabanında, diğer el gingivolabial sulkusta olacak şekilde muayene edilirler (3).

Yerleşimi ve yapısı en iyi olarak bilgisayarlı tomografi ile gösterilebilir (9). Bu kistler erken dönemde kozmetik problemlere neden olduğu için genellikle 2-3 cm iken eksizyon yapılmaktadır (3,1,13). Bizim olgumuzda, 6x5 cm'lik dev bir nazolabial kist mevcut olup maksiler sinüs ön duvarında deformasyona, burun tabanında ise kemik erozyonuna neden olmuştur.

Histopatolojik olarak kist; fibröz kapsüllü, enfekte olmadıkça sarımsak şeffaf sıvı içeren, içi yalancı çok katlı silyalı kolumnar epitel ve beraberinde goblet hücreleri bazen de çok katlı yassı epitel içeren yapıdadır (12). Ekstraosseöz yerleşmelerine rağmen nadir olarak kemik erozyonuna yol açabilirler (4). Ayırıcı tanıda periapikal apse, dental kistler ve nazal fronkül düşünülmelidir (10).

Tedavisi basit bir cerrahi prosedür olan sublabil yaklaşımla eksizyondur (10,13). Tedavi sonrası rekürrens hiç bildirilmemiş ve beraberinde malignite olan yalnızca bir vaka bildirilmiştir (10). Bizim olgumuzda bir yıl önce yapılan muhtemelen parsiyel rezeksiyon sonrasında nüks görülmüş, kitle ikinci operasyonda tamamen çıkarılmıştır. Chih-Ying ve arkadaşları, transnazal yaklaşımla endoskopik kist marsupializasyonunu yeni bir tedavi yöntemi olarak bildirmişlerdir (11).

Sonuç olarak nazolabial kistler nadir görülen nonodontojenik lezyonlardır. Tedavisinde, kist cidarının çıkarılmadığı durumlarda nüks olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Barzilai M. Case report: bilateral nasoalveolar cysts. Clin Radiol. 49:140-141, 1994.
2. Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of nasoalveolar cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 58:729-735, 1984.
3. Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ, Lee HM. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. Ear Nose Throat J, 81:94-96, 2002.
4. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potential of the nasolabial cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 59:441-445, 1985.
5. David VC, O'connell JE. Nasolabial cyst. Clin Otolaryngol. 11:5-8, 1986.
6. El-din K, El-hamd AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. J Laryngol Otol, 113:747-749, 1999..
7. Fishman RA. Pathologic quiz case 2: nasolabial (nasoalveolar) cyst. Arch Otolaryngol, 109:348-351, 1983.
8. Hashida T, Usui M. CT image of nasoalveolar cyst. Br J Oral Maxillofac Surg, 38:83-84, 2000.
9. Klestadt WD. Nasal cysts and the facial cleft cyst theory. Ann Otol Rhinol Laryngol 62:84-92, 1953.
10. Lopez-rios F, Lassaletta-atienza L, Domingo-carrasso C, Martinez-tello FJ. Nasolabial cyst: Report of a case with extensive apocrine change. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 84:404-406, 1997.
11. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. Laryngoscope 109:1116-1118, 1999.
12. Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. J Oral Maxillofac Surg,42:188-192, 1984.
13. Yılmaz MD, Dereköy S, Aktepe F, Altuntaş A. Nazolabial kist:İki olgu. KBB İhtisas Dergisi 9(2):142-4, 2002.