

Nazolabial Kist: Beş Olgunun Değerlendirilmesi

Nasolabial Cyst: Analysis of Five Cases

*Dr. Erol KELEŞ, *Dr. Turgut KARLIDAĞ, *Dr. Şinasi YALÇIN, *Dr. Emin KASKALAN, **
Dr. Bengü ÇOBANOĞLU, ***Dr. Hanifi YILDIRIM

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB AD,
** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD,
*** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik AD, Elazığ

ÖZET

Nazolabial kistler, nadir görülen gelişimsel yapılarıdır. Genellikle tek taraflı olarak ortaya çıkarlar ve odontojenik kökenli değildirler. Bu çalışmada, Nisan 2006 ile Mart 2009 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde nazolabial kist tanısı konulan beş olgu retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastalar; cinsiyet, yaş, semptomlar, semptom süreleri, lezyonun yerleşimi, hastanede kalış süresi, klinik özellikler, histopatolojik bulgular, radyolojik bulgular, tedavi ve rekürrens açısından değerlendirildi. Nazolabial kistlerin kadınlarda, yetişkin yaş gurubunda ve sol tarafta daha sık görüldüğü gözlemlendi. Hastaları hekime getiren şikayetler, nazolabial olukta şişlik ve yüzde asimetri idi. Ortalama semptom süresi 32 aydı. Tüm hastalarda kistler sublabial yaklaşım ile çıkarıldı ve tanı histopatolojik olarak doğrulandı. Hastalar postoperatif birinci günde taburcu edildi ve ortalama 13 aylık düzenli takiplerinde nüksle karşılaşmadı.

Anahtar Sözcükler

Odontojenik olmayan kistler; nazal kavite; cerrahi; nazal tıkanıklık; burun hastalıkları

ABSTRACT

Nasolabial cysts are rare developmental structures. These lesions are usually unilateral and they are non-odontogenic. In the present study we performed a retrospective review of five cases with nasolabial cysts, who were diagnosed in Fırat University Hospital, Department of Otolaryngology between April 2006 and March 2009. The patients were evaluated with respect to their gender, age, presenting symptoms, duration of symptoms, localization of the lesion, length of hospitalization, clinical features, histopathological findings, radiological findings, treatment option and recurrences. We found that nasolabial cysts had a higher incidence in women, adults, and on the left side of the face. The symptoms of the patients were swelling at the nasolabial sulcus and facial asymmetry. The mean duration of symptoms was 32 months. In all patients the cysts were excised through a sublabial approach and diagnosis was confirmed histopathologically. The patients were discharged on postoperative first day and no recurrence was encountered during a 13-month average follow-up period for.

Keywords

Nonodontogenic cysts; nasal cavity; surgery; nasal obstruction; nose diseases

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **03.06.2009**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **29.01.2010**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Emin KASKALAN

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB AD, Elazığ

E-posta: eminkalan@mynet.com

GİRİŞ

Nazolabial kist ilk olarak 1882 yılında Zuckerkandl tarafından tanımlanmıştır.¹ Bu tarihten itibaren nazolabial kistler için birçok isimlendirme kullanılmıştır; nazolabial kist, nazoalveolar kist, nazal vestibül kisti, nazal kanal kisti, burnun mukoid kisti. Bu adlandırmalar içinde en fazla benimsenen ve kullanımı en uygun olan nazolabial kisttir.^{2,3}

Nazolabial kistler oldukça nadir görülen, nonodontojenik yumuşak doku lezyonları olup tüm çene kistlerinin %0.7'sini oluştururlar.⁴ Bu kistler sıklıkla üst dudakta ve nazal vestibülde genellikle tek taraflı olarak yerleşirler. Literatürde %11.2 oranında iki taraflı görüldüğü bildirilmiştir.⁵ Nazolabial kistler, her yaşta görülebilmeye karşın 4-5. dekadlarda ve yüzün sol tarafında daha sık görülür.^{2,6} Ayrıca siyah ırkta ve kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.^{2,4,7}

Nazolabial kistler, enfekte olmadıkça genellikle ağrısız şişlik, nadiren de burun tıkanıklığı şikayetine neden olurlar.^{2,8} Tipik olarak kanin fossada, üst dudakta, gingivolabial sulkusta, nazal ala ve nazal vestibülde dolgunluğa neden olurlar.² Kistler büyüyerek nazolabial olukta silinmeye ve nazal alada kabarıklığa yol açabilirler.³

Nazolabial kistler fluktan kitlelerdir; palpasyonda bir el burun tabanında, bir el ise nazolabial sulkusta olacak şekilde hissedilirler.⁷ Bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri tanı için son derece önemlidir. BT'de yumuşak doku kistleri olmalarına ve ekstraosseöz yerleşmelerine karşın bazen kemik erozyonuna da yol açabilirler.³ Nazolabial kistler sıklıkla kozmetik problemlere yol açtığından, genellikle kist küçükken erken tanı konulup, tedavi edildiği için büyük lezyonlara nadir rastlanır.

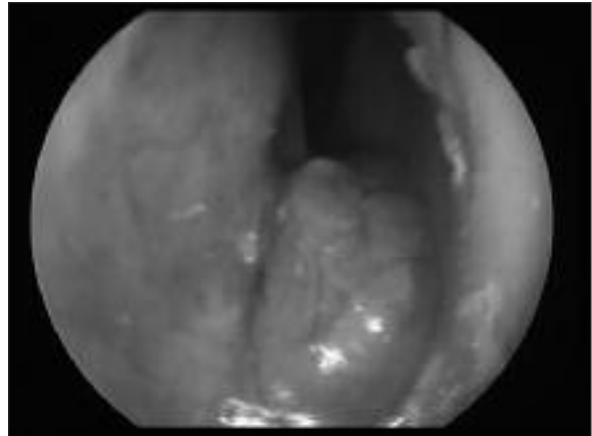
Bu makalede kliniğimizde nazolabial kist tanısı konulan beş olgu; cinsiyet, yaş, semptomlar, semptom süreleri, lezyonun lokalizasyonu, hastanede kalış süresi, klinik özellikler, histopatolojik bulgular, radyolojik bulgular, tedavi ve rekürrens açısından dikkate alınarak değerlendirildi ve beş vaka olgu sunumu şeklinde sunulmaktadır.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

Kırkyedi yaşında bayan hasta, burun sol tarafında ve üst dudakta 10 yıldan beridir var olan ve son aylarda büyüyen şişlik şikayetiyle kliniğimize müracaat etti.

Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde, solda nazolabial sulkusta hafif silinme, nazal alada ve sol nazal vestibül tabanında kabarıklık mevcuttu (Resim 1). Palpasyonla sol maksilla anteriorunda ve sol nazal ala posteriorunda iyi sınırlı, düzgün yüzeyli, ağrısız fluktuan kitle saptandı. Hastaya çekilen paranasal sinüs BT'de; solda maksilla anteriorunda lokalize, düzgün sınırlı, yaklaşık 2 x 2 cm'lik nazolabial kist ile uyumlu lezyon görüldü. Komşu anterior maksiller kemik korteksinde erozyon vardı (Resim 2, 3). Genel anestezi altında, sol sublabial insizyon ile kist tamamen çıkarıldı (Resim 4). Herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmayan hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede, belirgin goblet hücreleri içeren yalancı çok katlı kolumnar epitelle döşeli kistik yapı ile karakterize nazolabial kist tanısı bildirildi (Resim 5). Hastanın düzenli iki aylık takiplerinde nüks ile karşılaşmadı.



Resim 1. Burun sol tarafında vestibül tabanında kabarıklığa yol açan nazolabial kistin endoskopik görünümü.



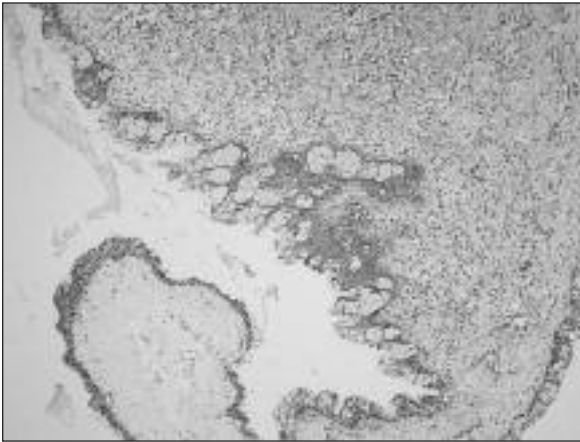
Resim 2. Burnun sol tarafında vestibül tabanında kabarıklığa neden olan nazolabial kistin koronal, paranasal BT kesitindeki görünümü.



Resim 3. Sol maksilla anterioruna lokalize nazoalveolar kistin görünümü ve anterior maksiler bukkal kortekste kemik erazyonu.



Resim 4. Sol nazolabial kistin intraoperatif görünümü.



Resim 5. Goblet hücreleri içeren ve kist duvarını döşeyen psödostratifye çok katlı kolumnar epitelyumun görünümü (HE X 100).

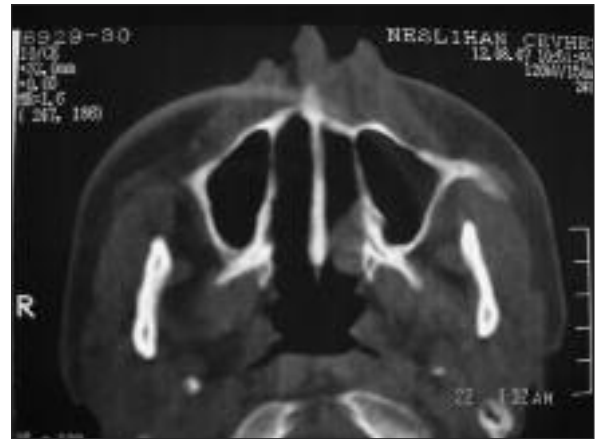
Olgu 2

Yirmibeş yaşında bayan hasta, burun sol tarafında ve üst dudakta şişlik şikayetiyle kliniğimize müracaat

etti. Hastanın 'k' aydır şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hasta yaklaşık 1 ay önce, kistin enfekte olması nedeniyle medikal tedavi almıştı. Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Kulak Burun Boğaz (KBB) muayenesinde; sol kanin fossa lokalizasyonunda, üst dudakta ve nazal alada kabarıklığa yol açan kitle görüldü. Kitle nazal vestibül tabanında ve lateral duvarında kabarıklığa neden olup, burun pasajını daraltıyordu. Palpasyonla kitlenin iyi sınırlı, düzgün yüzeyli, ağrısız ve fluktuan olduğu saptandı. Medikal tedaviden bir ay sonra çekilen paranazal sinüs BT'de solda maksilla anteriorunda lokalize, düzgün sınırlı ve nazolabial kist ile uyumlu kitle saptandı (Resim 6). Genel anestezi altında, sol sublabial insizyon ile kist çevre dokulardan disseke edilerek, çıkarıldı. Herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmayan hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Histopatolojik sonuç nazolabial kist olarak bildirildi. Hastanın 19 aylık düzenli takiplerinde nüks ile karşılaşmadı.

Olgu 3

Yirmiyedi yaşında bayan hasta, burun sağ tarafında ve üst dudakta şişlik şikayetiyle kliniğimize müracaat etti. Hastanın 8 aydır şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan KBB muayenesinde; sağ kanin fossa lokalizasyonunda, üst dudakta ve nazal alada kabarıklığa yol açan kitle tespit edildi. Kitle nazal vestibül tabanında kabarıklığa yol açıp burun pasajını daraltıyordu. Nazal septum sağa deviye idi. Palpasyonla kitle; iyi sınırlı, düzgün yüzeyli, ağrısızdı ve fluktasyon veriyordu. Hastanın çekilen koronal paranazal sinüs BT'sinde solda maksilla anteriorunda lokalize, düzgün sınırlı ve nazolabial kist ile uyumlu lezyon saptandı. Komşu



Resim 6. Sol tarafta yerleşen nazolabial kistin aksiyal paranazal BT'deki görünümü.

anterior maksiller kemik korteksinde ve alveolar kemikte erozyon vardı (Resim 7). Genel anestezi altında, sağ sublabial insizyon ile kist çevre dokulardan dissekte edilerek, çıkarıldı. Aynı seansta, hastaya septoplasti operasyonu da yapıldı. Herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmayan hasta postoperatif ikinci günde nazal tamponları boşaltıldıktan sonra taburcu edildi. Histopatolojik sonuç nazolabial kist olarak bildirildi. Hastanın 14 aylık düzenli takiplerinde nüks ile karşılaşmadı.

Olgu 4

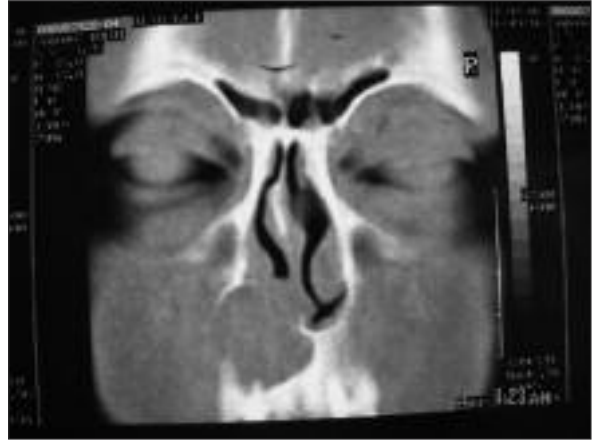
Kırkbeş yaşında bayan hasta, burun sol tarafında ve üst dudakta şişlik şikayetiyle kliniğimize müracaat etti. Hastanın iki yıldır şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan KBB muayenesinde; sol üst dudak ve nazal alada kabarıklık vardı. Anterior rinoskopide sol nazal vestibül tabanında kabarıklığa yol açan ve burun pasajını daraltan kitle saptandı. Palpasyonla kitle iyi sınırlı, düzgün yüzeyle, ağrısız ve fluktuasyon veriyordu. Hastanın çekilen paranazal sinüs BT'sinde solda maksilla anteriorunda lokalize, düzgün sınırlı nazolabial kist ile uyumlu lezyon saptandı. Komşu anterior maksiller kemik korteksinde ve alveolar kemikte erozyon vardı (Resim 8). Genel anestezi altında, kist çevre dokulardan dissekte edilerek çıkarıldı. Herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmayan hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Histopatolojik sonuç nazolabial kist olarak bildirildi. Hastanın iki yıllık düzenli takiplerinde nüks ile karşılaşmadı.

Olgu 5

Kırkaltı yaşında erkek hasta, burun sol tarafında ve üst dudakta şişlik şikayetiyle kliniğimize müracaat etti. Hastanın 10 aydır şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Has-



Resim 7. Sağ tarafta nazolabial kistin koronal paranazal BT'deki görünümü.



Resim 8. Sol tarafta nazolabial kistin koronal paranazal BT'deki görünümü. Sol maksiller kemikte ve burun tabanında erozyon görülmektedir.

tanın özgeçmişi ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde, solda nazolabial sulkusta hafif silinme, nazal alada kabarıklık mevcuttu. Anterior rinoskopide sol nazal vestibül tabanında kabarıklık vardı. Palpasyonla sol maksilla anteriorunda ve sol nazal ala posteriorunda iyi sınırlı, düzgün yüzeyle, ağrısız fluktuan kitle saptandı. Hastaya paranazal sinüs BT'si çektirilmişti, ancak dosya kayıtlarından BT görüntülerine ulaşılamadı. Genel anestezi altında, kist çevre dokulardan ayrılarak çıkarıldı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Histopatolojik sonuç nazolabial kist olarak bildirildi. Hastanın yedi aylık düzenli takiplerinde nüks ile karşılaşmadı.

Beş olgudan da yazılı olarak operasyon öncesi bilgilendirilmiş olur alındı.

TARTIŞMA

Nazolabial kistlerin gelişimi hakkında çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Günümüzde nazolabial kistin patogenezi için intrauterin 4-8. haftalar arasında medial nazal duvar, lateral nazal duvar ve maksiller proçesin füzyonundaki bozukluk sonucu oluşan "fissüral kist" olduğu görüşü yaygındır.^{9,10} Nazolabial kistin, nazolakrimal kanalın inferior kısmının kalıntısından geliştiğini savunan yazarlar da vardır.¹¹

Literatürde nazolabial kistlerin siyah ırk ve kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (kadın:erkek oranı; 3/1).¹⁴ Bizim çalışmamızda da literatür verileri ile uyumlu olarak olguların dördü kadın, biri erkek idi. Yine çalışmamızda yer alan tüm hastalarda lezyon tek ta-

raflıydı. Bir hastada lezyon sağ tarafta iken, kalan dört hastada lezyon sol taraftaydı. Nazolabial kist her yaşta görülebilmeye rağmen en sık 40-50' li yaşlarda ortaya çıkar.^{4,11,12} Bizim beş olgumuzun yaş aralığı 26-47 arasında değişiyordu ve ortalama yaş 38 idi. Ayrıca hastalarımızın birinde semptom süresi 10 yıl iken, diğer tüm hastalarda bu süre iki yıldan daha kısa (ortalama 32 ay) idi.

Nazolabial kistler fizik muayenede iyi sınırlı, mobil, fluktasyon veren kitle olarak karşımıza çıkarlar. Bizim hastalarımızda tümünde üst dudak ve yanakta şişlik saptanmıştı.

Kistin akut enfeksiyonu lokal olarak yayılarak, üst dudak yada yanakta şişlik, hassasiyet ve eriteme neden olabilir. Bazen de spontan rüptüre olup, oral ya da nazal kaviteye drene olabilmektedir.¹² Hastalarımızdan birinde kist enfekte olmuştu. Bu enfeksiyon medikal tedavi ile düzelmişti ve kiste enfeksiyon nedeniyle rüptür gözlenmedi.

Nazolabial kistlerin yerleşimi ve yapısı en iyi olarak BT ile gösterilebilir. BT'de bazen anterior maksiller bukkal kortekste kemik erozyonu görülebilmektedir. Bu muhtemelen, özellikle de kistler büyükse kistin uzun süreli basısına bağlı gelişmektedir.¹³ Çalışmamızda yer alan beş hastanın tümüne preoperatif dönemde paranasal sinüs BT çektilmişti. Ancak bir hastanın dosya kayıtlarından BT görüntülerine ulaşamadı. Bu çalışmada yer alan hastaların çekilen BT'lerinde sıklıkla komşu anterior maksiller kemik korteksinde basıya bağlı erozyon izlenmekteydi.

Nazolabial kistler histopatolojik olarak fibröz kapsüllü, enfekte olmadıkça sarımtırak şeffaf sıvı içeren, beraberinde goblet hücreleri ve içi yalancı çok katlı silyalı kolumnar epitelle döşeli yapılardır. Kist genişleyip intraluminal basıncı arttıkça, kolumnar epitel yerini çok katlı yassı epitele bırakır. Çalışmamızda yer

alan tüm hastaların histopatolojik sonuçları; belirgin goblet hücreleri içeren yalancı çok katlı kolumnar epitelle döşeli kistik yapı ile karakterize nazolabial kist olarak bildirildi.

Nazolabial kistlerin, aynı bölgede izlenebilecek, odontojenik, gelişimsel ve neoplastik lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Periapikal inflamatuvar lezyonlar (granüloma, kist yada apse) genellikle kemiği tutarlar. Ayrıca gelişimsel odontojenik lezyonlardan olan keratokistlerde kemik kortekste destrüksiyon yaparak yumuşak doku şişliğine neden olurlar. Bu tür lezyonlarda, öykü genellikle daha kısa sürelidir ve lokalizasyon farklıdır. Nazolabial kistlerin yavaş gelişimli ve ekstraosseoz yerleşimli olması ayırıcı tanıda yol gösterir. Kesin tanı için klinik, radyolojik ve histolojik sonuçların korelasyonu gereklidir.

Nazolabial kistlerin tedavisi cerrahidir. Yaygın olarak kullanılan yöntem; sublabial insizyon yoluyla kistin tamamen çıkarılmasıdır. Bununla birlikte, Ramos ve arkadaşları, transnazal yaklaşımla endoskopik kist marsupializasyonunu yeni bir tedavi yöntemi olarak bildirmişlerdir.¹⁵ Biz olgularımızın tümüne sublabial insizyonla kist eksizyonu uyguladık ve ortalama 13 aylık takiplerinde nüksle karşılaşmadık. Nazolabial kistlerin cerrahisi sırasında, kistlerin burun tabanındaki mukokutanöz bileşke bölgesinde nazal mukoza ve cilde sıkıca yapışık olduğundan kistin patlatılmaması için dikkatli olunmalıdır. Nazal mukozadaki perforasyon oluşturulmuş ise onarılmalıdır.⁷

Sonuç olarak nazolabial kistler nadir görülen nonodontojenik lezyonlardır. Tanı klinik radyolojik ve histopatolojik incelemeler eşliğinde konur. Tedavisi kistin cerrahi işlemle sublabial insizyon yoluyla tamamen çıkarılmasıdır. Kistin tam çıkarılmadığı durumlarda nüks izlenebileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;58(6):729-35.
2. El-din K, El-hamd AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol* 1999;113(8):747-9.
3. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potential of the nasolabial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;59(5):441-5.
4. Van Bruggen AP, Shear M, du Preez IJ, van Wyk DP, Beyers D, Leeferink GA. Nasolabial cysts. A report of 10 cases and a review of the literature. *J Dent Assoc S Afr.* 1985;40(1):15-9.
5. Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42(3):188-92.
6. Fishman RA. Pathologic quiz case 2: nasolabial (nasoalveolar) cyst. *Arch Otolaryngol* 1983;109(5):348-51.

7. Yılmaz MD, Dereköy S, Aktepe F, Altuntas A. Nasolabial kist: İki olgu. KBB İhtisas Dergisi 2002;9(2):142-4.
8. Hashida T, Usui M. CT image of nasoalveolar cyst. Br J Oral Maxillofac Surg 2000;38(1):83-4.
9. Klestadt WD. Nasal cysts and the facial cleft cyst theory. Ann Otol Rhinol Laryngol 1953;62(1):84-92.
10. Karmody CS, Gallagher JC. Nasoalveolar cysts. Ann Otol Rhinol Laryngol 1972;81(2):278-83.
11. Schuman DM. Nasolabial cysts: mechanisms of development. Ear Nose Throat J 1981;60(9):389-94.
12. Kato H, Kanematsu M, Kusunoki Y, Shibata T, Murakami H, Mizuta K, et al. Nasoalveolar cyst: imaging findings in three cases. Clin Imaging 2007;31(3):206-9.
13. Erkan AN, Yilmazer C, Yilmaz I, Bolat FA. Nasoalveolar cysts: review of 3 cases. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 2005;67(4):196-8.
14. Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. Br J Oral Maxillofac Surg 2007;45(4):293-7.
15. 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;65(6):1241-3.