

Nazolabial kist: Olgu sunumu

Nasolabial cyst: A case report

İsrafil ORHAN, Nagihan BİLAL, Saime SAĞIROĞLU, Ömer Faruk ÇINAR

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği Kahramanmaraş

Geliş tarihi: 14.03.2019 **Kabul tarihi:** 28.03.2019 **DOI:** 10.17517/ksutfd.539960

Özet

Nazolabial kistler, superior gingivolabial sulkusta yavaş büyüyen ağrısız şişlik şeklinde klinik verirler. Nazolabial sulkusta silinme yaparak yüzde kozmetik deformiteye neden olabilirler. Tanı klinik ve histopatolojik bulguların korelasyonu ile konulur. Kistin yerleşimini, çevre dokularla olan ilişkisini ve kemik erozyonu yapıp yapmadığını göstermede en iyi radyolojik yöntem paranazal tomografidir. Tedavide standart yöntem sublabial yaklaşımla cerrahi eksizyondur. Bu yazıda kliniğimizde nazolabial kist nedeniyle tedavi ettiğimiz bir hasta olgu sunumu olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kist, bilgisayarlı tomografi, sublabial eksizyon.

Abstract

Nasolabial cysts present in the form of slow, painless swelling in the superior gingivolabial sulcus. They can cause cosmetic deformity by deleting nasolabial sulcus. Diagnosis is made by correlation of clinical and histopathological findings. Paranasal tomography is the best radiological method to determine the location of the cyst, its relation to the surrounding tissues and whether it has bone erosion. The standard method of treatment is surgical excision with a sublabial approach. In this report, we present a case of nasolabial cyst in our clinic.

Key Words: Cyst, computed tomography, sublabial excision.

Yazışma Adresi: İsrafil ORHAN Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği Kahramanmaraş, TÜRKİYE Tlf: + 90. 344 280 37 45 E - mail: israfil.orhan@gmail.com

ORCID No (Sırasıyla): 0000-0002-9557-7050, 0000-0002-2850-3481

GİRİŞ

Nazolabial kistler nadir görülen, nonodontojenik yumuşak doku lezyonlarıdır (1). Tüm çene kistlerinin yaklaşık %0.7'sini oluştururlar ve çoğunlukla sol tarafta yerleşirler (2). Nazolabial kistler genellikle üst dudak ve nazal vestibülde yerleşirler. Nazolabial alanda submukozal ve ekstra-seöz olarak büyürler ve en sık ağrısız şişlik şikayetine neden olurlar, daha nadir olarak nazal obstrüksiyon ve kozmetik deformiteye yol açabilirler (3). Fizik muayenede nazolabial alanda ele gelen mobil, düzgün yüzeyle ve yumuşak kıvamlı kitle şeklinde palpe edilirler. Bilgisayarlı tomografide (BT) yumuşak doku yoğunluğunda kistik yapıda yumuşak doku yerleşimli kitle olarak izlenir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) T1 ve T2 sekanslarda hiperintens düzgün sınırlı kist şeklinde izlenir (4). Bu yazıda kliniğimizde nazolabial kist nedeniyle tedavi ettiğimiz bir hasta olgu sunumu olarak sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

İki yıldan beri üst dişlerde ağrı ve üst dudakta, burun önünde şişlik şikayeti olan yirmidokuz yaşında bayan hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın bu bölgeye yönelik cerrahi ve travma öyküsü bulunmuyordu. Hastanın bilinen ek hastalığı ve düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sağ nazolabial sulcusta silinmeye yol açan düzgün yüzeyle, sert vasıflı yaklaşık 3x3 cm boyutlarında şişlik palpe edildi (**Resim 1**). Ağız içinde sol üst canin diş seviyesinde gingivobukkal mukozadan protrüde olan şişlik izlendi. Hastanın diğer muayenelerinde ek patoloji izlenmedi. Hastaya dış merkezde yapılan paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) sonucunda maksiller kemik alveolar bölgede yerleşim gösteren cilt altı dokuya uzanana 25x30 mm boyutlarında hipodens görünümde düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi. Komşu kemik yapılarında destruksiyon yoktu (**Resim 2**). Cerrahi tedaviye karar verildi. Genel anestezi altında sağ gingivobukkal bölgeye yaklaşık 3 cm'lik insizyon yapıldı. Yumuşak dokular künt diseksiyonla geçildi. Yaklaşık 3x3 cm boyutlarındaki kist patlatılmadan çevre yumuşak dokulardan diseke edilerek çıkarıldı (**Resim 3**). Kitlenin histopatolojik incelemesinde nazolabial kist şeklinde raporlandı. Postoperatif kontrollerinde hastada komplikasyon ve nüks izlenmedi.



Resim 1. Nazolabial kistin neden olduğu sağ nazolabial olukta silinme.



Resim 2. Nazolabial kistin koronal ve sagittal plandaki paranazal BT görüntüsü.



Resim 3. Nazolabial kistin peroperatif görünümü.

TARTIŞMA

Nazolabial kist 1882'de ilk defa Zuckerkanl tarafından tanımlanmıştır (2). 1941'den günümüze kadar birçok farklı isimlendirme yapılmıştır. Bunlar arasında mukoid kist, kanal kisti, glanduler retansiyon kisti, seromukoz kist, kongenital fibroepitelyal kist, nazovestibuler kist, maksiller kist, subalar kist ve fissüral kist yer almaktadır. 1951'de Rao, nazolabial kist ismini ilk defa kullanmıştır ve bu tarihten sonra kistler nazolabial kist olarak isimlendirilmeye başlamıştır(5).

Nazolabial kist oluşumu ile ilgili iki teori ileri sürülmüştür. Birinci teori; Klestadt'ın bildirdiği, intrauterin 4-8. haftalar arasında medial ve lateral nazal duvar ile maksiller proçesin füzyonundaki defekt sonucu oluşan "fissüral kist" olduğu görüşüdür (2-8). İkinci teori; nazolabial kistin, nazolakrimal kanalın inferior kısmının kalıntısından geliştiği görüşüdür (9). Nazolabial kist duvarı ile lakrimal kanal duvarı arasındaki histopatolojik benzerlik nedeniyle ikinci teori günümüzde daha geçerli sayılmaktadır.(3).

Nazolabial kistler en sık 2. ve 5. dekatlarda görülmekle birlikte, kadınlarda ve sol tarafta daha sık bulunmaktadır (6). Bizim olgumuzun demografik bilgileri literatür ile uyumlu olmakla birlikte olgumuzda kist sağ nazolabial alanda yerleşmekteydi.

Nazolabial kistler, nazolabial alanda ve superior gingivolabial sulkusta yavaş büyüyen ağrısız şişlik şeklinde klinik verirler, nazolabial sulkusta silinme yaparak yüzde kozmetik deformiteye neden olabilirler. Nazal tabanda şişlik yaparak nazal obstrüksiyona neden olabilirler. Enfekte olmaları sonucu ağrı görülebilir ve enfekte nazolabial kistler oral veya nazal kaviteye rüptüre olabilirler (7).

Tanı klinik ve histopatolojik bulguların korelasyonu konulur. En iyi muayene yöntemi, bir parmak nazal vestibüle, diğer parmak ise gingivolabial sulkusa konularak yapılan bimanuel muayenedir. Fizik muayene de iyi sınırlı, hareketli, fluktuan kitleler olarak karşımıza çıkar. Kistin yerleşimini, yapısını, çevre dokularla olan ilişkisini ve kemik erozyonu yapıp yapmadığını göstermede en iyi radyolojik yöntem paranazal BT'dir (10). Nazolabial kist, kemik dokuda erozyon yapmazken eğer kemik dokuda erozyon bulguları mevcut ise nazoalveoler kist ön planda düşünülmelidir (10). Ayırıcı tanıda; intraosseöz patolojiler olan nazopalatin kistler, nazolakrimal kanal kistleri, dermoid ve epidermoid kistler ve büyük fronküller düşünülmelidir(11).

Tedavide endonazal endoskopik marsupializasyon, sklerozan madde enjeksiyonu gibi yöntemler bildirilmiş olmakla birlikte, standart yöntem sublabial yaklaşımla cerrahi eksizyondur (11-7). Günümüzde, endonazal endoskopik marsupializasyon yöntemi ve sublabial yaklaşımla cerrahi eksizyon yöntemleri için yeterli terapotik sonuçlar bildirilmiştir (7). İki yöntem arasında postoperatif nüks açısından anlamlı fark bulunamamıştır (7). Tedavinin amacı mevcut kozmetik deformitenin giderilmesi ve rekürren kist enfeksiyonlarının önlenmesidir. Nadiren yüzde dolgunluk, dişlerde uyuşma, hematoma, oro-nazal fistül gibi komplikasyonlar gelişebil-

mektedir (7). Postoperatif nüks riski kist duvarının tamamen çıkarıldığı durumlarda çok düşüktür (12). Postoperatif prognoz çok iyidir. Malign transformasyon son derece nadir olup literatürde tek bir olguda bildirilmiştir (13). Biz bu vakada genel anestezi altında sublabial yaklaşımla cerrahi eksizyon yöntemini seçtik. Postoperatif kontrollerinde hastada komplikasyon ve nüks izlenmedi.

Sonuç olarak nazolabial kistler nadir görülen non-odontojenik lezyonlardır. Yüzde şişlik ve nazal vestibülde kitle şişkayeti ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda nazolabial kist akla getirilmelidir.

Çıkar çatışması ve finansman beyanı: Bu yazıda çıkar çatışması yoktur ve finansman desteği alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. *Journal of oral and maxillofacial surgery* 1984 Mar;42(3):188-92.
2. Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of naso-alveolar cyst. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 1984 Dec;58(6):729-35.
3. Cebi IT, Karataş A, Yüce T, Şalvız M, Koçak A, Selçuk T. Bilateral Nasolabial Cyst as a Rare Case Report. *Turkish Archives of Otorhinolaryngology* 2016 Jun;54(2):79-81.
4. Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2007 Jun;45(4):293-7.
5. Karadağ D, Beriat GK, Akıncı T, Yinanç MA. Nazolabial Kist: MRG Bulguları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2011; 31.3: 731-734.
6. Sahin C. Nasolabial cyst. *Case reports in medicine* 2009.
7. Sheikh AB, Chin OY, Fang CH, Liu JK, Baredes S, Eloy JA. Nasolabial cysts: a systematic review of 311 cases. *The Laryngoscope* 2016 Jan;126(1):60-6
8. Klestadt WD. Nasal Cysts and the Facial Cleft Cyst Theory. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 1953 Mar;62(1):84-92.
9. David VC, O'Connell VJ. Nasolabial cyst. *Clin Otolaryngol* 1986; 11: 5, 8.
10. Enoki AM, Pizarro GU, Morais MS, Fernandes DPP, Oliveira PRG. Nasolabial bilateral cyst as cause of the nasal obstruction: Case report and literature review. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia* 2012; 16.1: 121-125.
11. Özer S, Cabbarzade C, Ögretmenoglu O. A new transnasal approach to nasolabial cyst: endoscopic excision of nasolabial cyst. *Journal of Craniofacial Surgery* 2013;24(5):1748-9
12. Kuriloff DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery* 1987 Mar;96(3):268-72.
13. López-Ríos F, Lassaletta-Atienza L, Domingo-Carrasco C, Martínez-Tello FJ. Nasolabial cyst: report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* 1997 Oct;84(4):404-6.