



## Nadir Görülen Nazolabial Kist

### A Rare Nasolabial Cyst

  Rıdvan Güler,  Utku Nezh Yılmaz

Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi ABD, Diyarbakır Hastanesi, Sakarya

**ORCID ID:** Rıdvan Güler 0000-0003-4750-9798, Utku Nezh Yılmaz 0000-0002-7794-1744

**\*Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Dt. Rıdvan Güler, e-posta / e-mail: ridvanguer06@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 6-05-2020

**Kabul Tarihi / Accepted:** 18-05-2020

**Yayın Tarihi / Online Published:** 31-08-2020

**Atf Gösterimi/How to Cite:** Güler R., Yılmaz U.N. Nadir Görülen Nazolabial Kist, J Biotechnol and Strategic Health Res. 2020;4(2):166-172

#### Öz

Nazolabial kist, çene yüz bölgesinin nadir görülen non-odontojenik kistlerinden birisidir. Bu kistler nazolakrimal duktusun epitelyal kalıntısından ortaya çıkan, nazolabial bölgenin nadir görülen, diş kaynaklı olmayan iyi huylu patolojileridir. Sıklıkla ekspansiyon gösterdiklerinden estetik sorunlara neden olurlar. Bundan dolayı erken dönemde semptomatik bulgular verebilirler. Nazolabial kistler sıklıkla tek taraflı olup, kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu kitleler asemptomatik olabilecekleri gibi nasal obstrüksiyon, ağrı ya da yüzde asimetriye yol açabilirler. Bu olgu sunumunda nazolabial sulkus bölgesinde tutulum gösteren, nazolabial kist teşhisi konulan olgunun kliniği, diagnozu, radyolojik bulguları ve en uygun cerrahi tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler** Nazolabial kist, Nazolabial sulkus, Non-odontojenik kist

#### Abstract

*Nasolabial cysts are one of the rare non-odontogenic cysts of the maxillofacial region cysts. Nasolabial cysts are soft tissue lesions arising from epithelial remnants of the nasolacrimal duct. They are rare benign non-odontogenic lesions of nasolabial region. Because of their frequent expansion, they cause aesthetic problems. Therefore, they present symptomatic findings in the early period. Nasolabial cysts are usually unilateral and they are more common seem in women. These lesions may be asymptomatic or they may cause nasal obstruction, pain and facial asymmetry. The aim of this case report is to discuss clinical presentation, diagnosis, radiographic appearance and the more suitable surgical techniques to treat this disorder.*

**Keywords** Nasolabial cyst, Nasolabial sulcus, Non-odontogenic cyst

## GİRİŞ

Nazolabial kistler oldukça nadir görülen, non-odontojenik yumuşak doku lezyonları olarak bilinmektedir.<sup>1</sup> Bu kistler sıklıkla üst dudak ve nazal vestibülde yerleşirler. Nazolabial kistler, non-odontojenik kist sınıflamasında yer alırlar ve tüm çene kistlerinin %0,7'sini oluşturmaktadır.<sup>2,3</sup>

Shear'ın<sup>4</sup> 1345 çene kisti olguları serisinde olguların yalnızca %0,7'sini, Allard'ın<sup>5</sup> yaptığı 65.000 kist hastasını içeren derlemede sadece %0.01'den daha az bir kısmını nazolabial kist oluşturduğunu bildirmişlerdir.

Nazolabial kistin patogeneğinde şu ana kadar iki teori öne sürülmüştür. İlk hipoteze göre uterusun yaklaşık 30 günlük döneminde medial ve lateral nazal süreçler ve maksiller prominensin birleşmesi sonrasında arta kalan mezenşimdeki epitel hücrelerinden köken aldığı düşünülmektedir.<sup>5</sup> İkinci hipotez ise lateral nazal süreç ve maksiller prominens arasında uzanan nazolakrimal kanal epiteli artıklarından kaynaklandığı yönündedir.<sup>6</sup>

Nazolabial kistler sıklıkla kadınlarda görülmektedir. Genellikle tek taraflı görülür fakat literatürde %11,2 oranında iki taraflı görüldüğü bildirilmiştir.<sup>7</sup> 2. ve 5. dekatlarda daha sık görülmektedir. Hastalar sıklıkla burun kanadında birkaç yıldır ortaya çıkan şişlik şikâyeti ile gelirler.<sup>8</sup> Tipik olarak fossa kanina da, üst dudakta, gingivo labial sulkusta, nazolabial bölgede şişkinliğe neden olmaktadır. Sıklıkla seröz şeffaf sıvı içermekte olup genellikle ağrısızdırlar. Ayrıca bu kistler enfekte olabilirler. Bu durumda hastada ağrı semptomları ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla sert damak ve nazal vestibül bölgede lokalize olurlar.<sup>7</sup>

Görüntüleme yöntemi olarak sıklıkla Dental Volumetrik Tomografik Görüntüleme (DVT) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kullanılır. DVT alınan kesitlerde kemik ile yumuşak doku arasında yerleşimli kitle görüntüsü izlenebilir. MRG incelemesinde T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens düzgün sınırlı yumuşak doku yoğunluğu izlenebilmektedir.<sup>9</sup> MRG kist içeriğini daha iyi

göstermesinden dolayı DVT'ye göre avantaj sağlar ve özellikle malignite şüphesi olabilecek olgularda ek görüntüleme tekniği olarak istenilebilir.

Ayrırcı tanıda ilk olarak dental kaynaklı apseler ve granülom gibi patolojiler düşünülmelidir. Bunlar dışında foliküler kist, nazopalatin kanal kisti, globüler maksiller kist ve rezidüel kist gibi patolojiler ayrırcı tanıda düşünülmesi gereken diğer patolojilerdir.

## OLGU

35 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıldır üst dudak bölgesindeki şişlik ve fasiyal asimetri şikâyeti ile ağız dışı ve çene cerrahisi kliniğimize başvurdu. Hasta sistemik olarak sağlıklı olup düzenli kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. Kitle yaklaşık bir sene önce geliştiği ve boyutunun giderek artan yavaş bir büyüme gösterdiği öğrenildi. Hastanın bu bölgeye yönelik cerrahi ve travma öyküsü bulunmamaktadır. Ailede benzer bir patolojik durumla karşılaşan kimse bulunmamaktadır. Yaklaşık 1 ay önce, kistin enfekte olması nedeniyle medikal tedavi gören hastanın ekstraoral ve intraoral muayenesinde sol fossa kanina bölgesinde yaklaşık 2x2 cm boyutunda, üst dudakta ve nazal alada kabarıklığa yol açan kitle görüldü. (Resim 1)



Resim 1. Hastanın pre-operatif ekstraoral görünümü

Kitlenin nazal vestibül tabanında ve lateral duvarında kabarıklığa neden olup, burun pasajını daralttığı tespit edil-

di. Palpasyonla kitlenin iyi sınırlı, düzgün yüzeyle, ağrısız ve fluktuant özellikte olduğu saptandı. Öncelikle kitleye komşu olan sol maksiller santral, lateral ve kanin dişlere vitalite testi uygulandı. Dişlerin tümünün vital olduğu izlendi. Ardından hastaya ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandı. Enjektör yardımı ile sol lateral diş hizasından vestibül sulkus bölgesinden patolojik kitlenin içine girilerek aspirasyon biyopsisi yapıldı. (Resim 2) İşlem sırasında enfekte kist sıvısı gelmesi kitlenin kistik bir yapı olduğunu doğruladı.



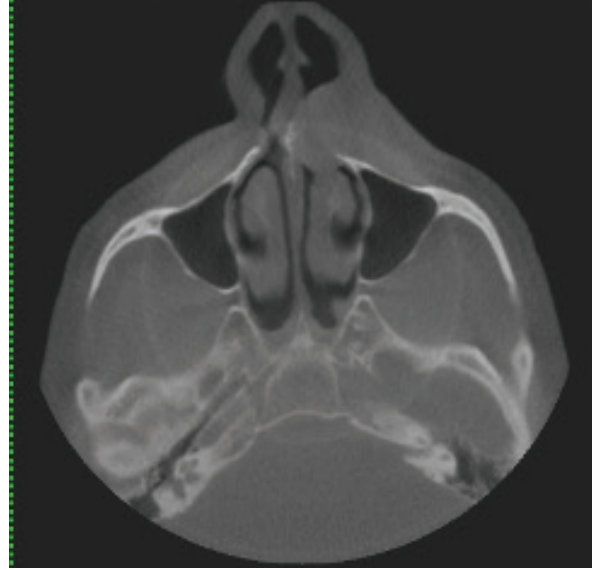
Resim 2. Ön tanı amacıyla yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi

Alınan panoramik grafide kitleye ait radyografik bulgu izlenmedi. (Resim 3)



Resim 3. Hastanın pre-operatif panoramik radyoğraf görünümü

Kitlenin daha detaylı incelenebilmesi için ileri tetkik olarak maksillofasiyal tomografiden yararlanıldı. Hastanın maksillofasiyal tomografisi incelendiğinde nazal vestibül bölgeden sol alta doğru uzanan ortalama 1.5x1.5 cm boyutunda çevre kemik dokuda rezorpsiyona sebep olan düzgün sınırlı kitle olduğu izlendi. (Resim 4)



Resim 4. Nazolabial kistin aksiyal kesitteki bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Hastadan aydınlatılmış onam alındıktan sonra lokal anestezi altında cerrahi tedaviye karar verildi. Kistin tümüyle enükleasyonu planlandı. Kistin tümüyle enükleasyonu planlandı. Hastaya lokal anestezi (Lidokain Hidroklorür) enjeksiyonu yapıldı. Sağ maksiller lateral diştten sol lateral dişe uzanan keratinize dişetinim hemen altından sulkusa paralel yarım ay insizyonu yapıldı. Yumuşak dokular küt diseksiyonla kist epitelinden sıyrıldı. Kist epiteline zarar vermeden çevre yumuşak dokulardan diseke edildi. (Resim 5)



Resim 5. Kistin epitelinin intra-operatif görünümü



Resim 6. Kist epitelinin enükleasyonu sonrası kavitenin intra-operatif görünümü

Kistin nazal vestibül tabanında kemik rezorpsiyonu yaptığı, ancak nazal mukozanın intakt olduğu görüldü. Yara bölgesinin serum fizyolojik ile irrigasyonundan sonra yara dudakları 3/0 ipek suture ile primer kapatıldı. (Resim 7)



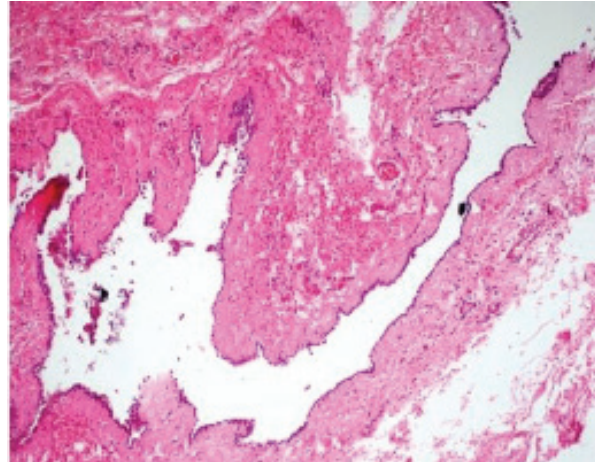
Resim 7. Yara bölgesinin primer suture sonrası görünümü

Hastaya postoperatif profilaktik olarak antibiyotik, analjezik ve ağız gargarası reçete edildi. Eksize edilen kist epitel histopatolojik inceleme için laboratuvara gönderildi. (Resim 8) Bir hafta sonra postoperatif yara bölgesi kontrol edildi ve ağız içinde bulunan suturelar alındı. Histopatolojik inceleme sonucunda kitleye nazolabial kist tanısı konuldu.



Resim 8. Histopatolojik spesmen

Kitlenin histopatolojik preparat incelemesinde, kist duvarının fibröz bağ dokusundan oluştuğu kistin içinin çok katlı psüdo strafiye kolumnar epitelyum ile döşeli olduğu ve bunun yanında seyrek miktarda goblet hücrelerinin izlendiği belirtilmiştir. Epitelin hemen alt kısmında yer yer fibrovasküler stromalar görülmüştür. (Resim 9)



Resim 9. Nazolabial kiste ait histopatolojik kesit görüntüsü (H&E; 40)

Hastanın 6 aylık iyileşme periyodunun ardından yapılan muayenede herhangi bir nüks izlenmedi. (Resim 10)



Resim 10. Hastanın post-operatif intraoral görünümü

## TARTIŞMA

Nazolabial kistler ilk olarak 1882'de Zuckerkandl1 tarafından tanımlanmış, 1898 yılın da ise Brown-Kelly<sup>10</sup> tarafından histopatolojik olarak araştırılmıştır. Klestadt 1953'te etyolojisi ile ilgili araştırmalar yapmış ve nazolabial kistlerin onun adıyla anılmaya başlanmıştır.<sup>11</sup> 1941'den günümüze birçok farklı isim almıştır.<sup>8,11,12</sup> Bu adlandırmalar içinde en fazla kabul gören nazolabial kisttir.<sup>2</sup> Nazolabial kist, Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sınıflamada non-odontojenik kistler grubunda yer almaktadır.<sup>2</sup>

Nazolabial kist, nazolabial sulkus bölgesinde, merkezi burun kanadında olan şişlik ile kendini gösteren, nadir görülen bir kisttir. Nazolabial kistin görülme sıklığı, tüm çene kistleri içerisinde % 0,7 ve tüm odontojen olmayan kistler arasında % 2,5'tur.<sup>13</sup> Nazolabial kistler 2. ve 5. dekatlarda ve kadınlarda daha çok görüldüğü rapor edilmiştir.<sup>12</sup> Fakat rapor ettiğimiz olguda hastanın erkek olması çalışmayı daha ender hale getirdiğini düşünmekteyiz.

Nazolabial kistlerin gelişimi hakkında çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Klestadt 1953 yılında bu kistlerin embriyogenik nazal mukozanın maksiller prosesi ve lateral-medial nazal prosesin birleşmesi sırasında arada kalan doku artıkları tarafından oluşturulduğu iddaa edilmiştir.<sup>11</sup> Günümüz de en geçerli görüş intrauterin 4-8. Haftalar arasında medial nazal duvar, lateral nazal duvar ve maksiller prosesin füzyonun da ki bozukluk sonucu oluşan "fissüral kist" olduğuna inanılmaktadır.<sup>14</sup> Nazolabial kistler çoğunlukla unilateral olmasına rağmen %11,2 sıklıkta bilateral olabilir.<sup>7</sup> Bu olgunun unilateral olarak görülmesi literatürü destekler niteliktedir.

Nazolabial kistler klinik olarak genellikle asemptomatiktir. Semptomatik hastalarda lokal ağrı, burun kanatlarında ve yüzde asimetrik şişliğe yol açabilir. El-Hamd,<sup>15</sup> nazolabial kisti 3-5 yıl da yavaş ve ağrısız büyüyen şişlik olarak tanımlamış, komplikasyonlar arasında nazal blok ve kozmetik sorunlardan bahsetmiştir. Seröz yapıda sıvı içeren bu kistler, enfekte olduklarında burun ya da ağız boşluğuna

drene olabilirler. Buda ağız ve burun bölgesinde kötü koku ile ağrı gibi semptomlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu olguda hasta kliniğimize ekstraoral asimetri ve estetik problem şikâyeti ile başvurmuştur. Sadece 1 ay önce kistin enfekte olması nedeniyle hastada ağrı semptomu oluşmuştur. Halitosiz ve ağız boşluğuna drenaj muayenede saptanmamıştır. Burun mukozasının intakt olduğu operasyon sırasında görülmüştür. Olguda izlenen tüm klinik semptomlar literatürü destekler niteliktedir.

Kesin tanı; klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular ışığında konulabilir. Palpasyon ile yapılan intraoral muayenede iyi sınırlı, hareketli, fluktuasyon veren kitleler şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Palpasyon bir elin parmakları burun tabanında, diğer elin ise vestibül sulkusta olacak şekilde yapılmalıdır.<sup>14</sup> Bu olgunun intraoral muayenesinde kitlenin iyi sınırlı, düzgün yüzeyli, ağrısız ve fluktuant özellikte olduğu saptanmış olup literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Nazolabial kist, rutin radyografilerde herhangi bir bulgu vermez, bu nedenle periapikal veya panoramik radyografiler nazolabial kist için diagnostik özellik taşımaz fakat diğer odontojen ve non-odontojen kistlerden ayırt etmek için yardımcı olur.<sup>16</sup> Kesin tanı amacıyla Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve MRG gibi ileri görüntüleme tetkikleri alınmalıdır. BT, lezyonun neden olduğu kemik erozyonu hakkında, MRG ise kistin içeriği hakkında daha net bilgi verir. Pruna ve ark.<sup>17</sup> ultrasonografi (US) ve Doppler US'nin lezyonun anatomik orjininin tespitinde ve lokal uzanımının değerlendirilmesinde faydalı olduğunu bildirmiştir. Pruna ve ark.<sup>17</sup> MR görüntüleme; T1 ağırlıklı sekansa intermediate intens, T2 ağırlıklı sekansa hiperintens ve lezyon kenarını hipointens olarak bildirmiş; Aquilino ve ark.<sup>8</sup> T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyal özelliği saptamışlar ve T1 ağırlıklı sekanslardaki hiperintens görünümün kistin protein içeriğine bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Bu yöntemler ile kistin lokalizasyonu ve çevre dokunun kistle ilişkisi net olarak değerlendirilebilir. Bu vaka raporunda belirtilen hastadan rutin dental muayene için panoramik

radyografi aldıktan sonra patolojik kitleyi daha net değerlendirmek adına Dental Volumetrik Tomografik görüntülemeyle yararlandı.

Histopatolojisinde kist duvarı fibröz bağ dokusundan oluşmaktadır. Kistin içi çok katlı psüdo strafiyel kolumnar epitelyum ile döşeli olup bunun yanında seyrek miktarda goblet hücreleri izlenmektedir. Eptelin hemen alt kısmında yer yer fibrovasküler stromalar izlenebilir.<sup>7</sup> Bu olgunun histopatolojik preparat incelemesinde, kist duvarının fibröz bağ dokusundan oluştuğu kist epitelinin çok katlı psüdo strafiyel kolumnar epitelyum ile döşeli olduğu ve goblet hücrelerinin izlendiği görüldü. Olgunun histopatolojik bulguları literatür ile örtüşmektedir.

Nazolabial kistte tedavi metodu olarak sıklıkla sublabial yaklaşımla eksizyon önerilir. Literatürde kist aspirasyonu, transnazal yaklaşımla endoskopik kist marsüpyalizasyonu ve sklerozan madde enjeksiyonu gibi farklı tedavi seçenekleride rapor edilmiştir.<sup>18</sup> Jae Yang ve ark.<sup>19</sup> ile Chao ve ark.<sup>20</sup> sublabial yaklaşım ve transnazal endoskopik marsüpyalizasyonla tedavi ettikleri nazolabial kisti olan hasta gruplarında her iki cerrahi tedavi seçeneğini birbirleri ile karşılaştırmışlardır. Buna göre transnazal endoskopik marsüpyalizasyonun sublabial eksizyonla kıyaslandığında operasyon süresinin daha kısa olması, maliyetin düşmesi ve daha az postoperatif ağrı oluşturması nedeniyle daha avantajlı olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim hastamıza uyguladığımız sublabial yaklaşımla kist eksizyonu işlemi insizyonu takiben kist tümüyle yumuşak doku içerisinden diseke edilerek çıkarıldı. Olguda kist epiteline direkt ulaşım sağlayıp tümüyle çıkarılması hedeflendiğinden tedavi yaklaşımı olarak transnazal endoskopik marsüpyalizasyon yerine sublabial yaklaşımla eksizyonu tercih ettik. Literatürde cerrahi tedavi sonrası nüks nadir görüldüğü bildirilmiştir.<sup>21</sup> Rapor ettiğimiz bu olgunun 6 aylık takip periyodunda iyileşmede herhangi bir komplikasyona ve nükse rastlanılmadı.

Sonuç olarak, nazolabial kistler ağız dışı çene cerrahisi

hekimlerinin karşılaşılabileceği nadir kistlerdendir. Bu raporda nazolabial kistin klinik özellikleri, cerrahi tedavisi ve histolojik bulgularını sunuldu. Bu patolojiler nazolabial bölgedeki yumuşak doku şişliklerinin ayırıcı tanısında daima göz önünde bulundurulmalıdır. Konservatif tedavi kistin tümüyle cerrahi eksizyonudur. Yapılacak cerrahi tedavide kist epitelinin tümüyle çıkarılması nüks açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Walsh-Waring GP. Naso-alveolar cysts: aetiology, presentation and treatment. *J Laryngol Otol*, 81 (1967), pp. 263-276
2. Karadağ D, Beriat GK, Akinci T, Yıncan MA. Nasolabial Kist: MRG Bulguları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2011; 31(3). doi:10.5336/medsci.2009-13142
3. Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985; 58:729-735. doi: 10.1016/0030-4220(84)90044-6
4. Shear M. *Cysts of the Oral Regions*. 2nd ed. Bristol: Wright. 1983; p.108-11.
5. Allard RH. Nasolabial cyst. Review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg*. 1982; 11(6):351-9. doi: 10.1016/S0300-9785(82)80058-6
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 1st ed. Philadelphia: Saunders. 1995; p. 1-43.
7. 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. doi: 10.1016/S0278-2391(84)80032-4
8. Aquilino RN, Bazzo VJ, Faria RJ, Eid NL, Bóscolo FN. Nasolabial cyst: presentation of a clinical case with CT and MR images. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008; 74:467-71. doi: 10.1016/S1808-8694(15)30585-1
9. Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 45:293-7. doi: 10.1016/j.bjoms.2006.08.012
10. Burtschi TA, Stout RA. Bilateral nasoalveolar cysts. *Oral Surg*. 1963;16:271-275. doi: 10.1016/0030-4220(63)90288-3
11. Klestadt WD. Nasal Cysts and the facial cleft cyst theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1953; 62: 84-92. doi: 10.1177/000348945306200108
12. Çakmak A, Kurt O, Salıhoğlu M, Güngör A. Nasolabial cyst: a case report. *Otol Rhinol Laryngol Applications*. 2013; 1(1):36-39 doi: 10.5606/kbbu.2013.42714
13. Vasconcelos RF, Souza PEA, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. *Quintessence Int*. 1999; 30: 629-632
14. Tezer MS, Özlügedik S, Ünal A, Günhan Ö. Dev Nasolabial Kist: Olgu Sunumu. *KBB ve BBC Dergisi*. 2004; 12 (1): 7-10
15. 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. doi: 10.1017/S0022215100145098
16. 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.
17. Pruna X, Inaraja L, Gallardo E, Serra J, Casamitjana F, Serrano A. Value of sonography in the assessment of space-occupying lesions of the anterior nasal fossa. *J Clin Ultrasound*. 2000; 28(1):14-9. doi:10.1002/(SICI)1097-0096(200001)28:1<14::AID-JCU2>3.0.CO;2-O
18. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. *The Laryngoscope*. 1999; 109:1116-1118. doi.org/10.1097/00005537-199907000-00020
19. Lee JY, Baek BJ, Byun JY, et al. Comparison of conventional excision via a sublabial approach and transnasal marsupialization for the treatment of nasolabial cysts: A prospective randomized study. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2009; 2: 85-89. doi: 10.3342/ceo.2009.2.2.85
20. Chao WC, Huang CC, Chang PH, et al. Management of nasolabial cysts by transnasal endoscopic marsupialization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 135: 932-935. doi:10.1001/archoto.2009.111
21. Aydın Ü, Arslan F, Binar M, Durmaz A. Nazoalveolar kist tanılı iki olgu sunumu; Radyolojik bulgular ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg*. 2016; 58:427-430. doi:10.5455/gulhane.217257