

## NAZOLABIAL KİST: KONİK IŞINLI BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ, MANYETİK REZONANS VE ULTRASONOGRAFİ BULGULARIYLA DEĞERLENDİRİLEN BİR VAKA RAPORU

### NAZOLABIAL CYST: A CASE REPORT EVALUATED WITH CONE BEAM COMPUTER TOMOGRAPHY, MAGNETIC RESONANCE AND ULTRASONOGRAPHY FINDINGS

Prof. Dr. Özkan MİLOĞLU\*

Arş. Gör. Dt. Elanur AYDIN\*

**Makale Kodu/Article code:** 4409

**Makale Gönderilme tarihi:** 28.05.2020

**Kabul Tarihi:** 11.11.2020

**DOI :** 10.17567/ataunidfd.824019

**Özkan Miloğlu:** ORCID ID: 0000-0002-3826-8606

**Elanur Aydın:** ORCID ID: 0000-0003-2679-0066

#### ÖZET

Nazolabial kistler, maksillofasial bölgenin nadir rastlanan nonodontojenik kistlerindedir. Altta yatan patogenezinde embriyolojik doku kalıntıları suçlanmaktadır. Sıklıkla kozmetik problemlere neden oldukları için genellikle erken dönemde tanı almaktadır. Bu lezyonlar asemptomatik olabilecekleri gibi nasal obstrüksiyon, ağrı ya da yüzde deformite yapabilirler. Nazolabial kistler genellikle unilaterale görülürler ve kadınlarda daha sık rastlanırlar. Yavaş ve ağrısız büyümeleri karakteristik olmasına rağmen enfekte olduklarında hızlı büyüyen ağrılı kitle ile kendilerini gösterebilirler. Ayırıcı tanıda diğer odontojenik ve non-odontojenik kitleler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu sunumumuzda, hastanemize başvuran 29 yaşındaki kadın hastada nazolabial kistin konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KİBT), ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme bulguları sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Nazolabial kist, nonodontojenik kist, burun boşluğu

#### ABSTRACT

Nasolabial cysts are rare nonodontogenic cysts of the maxillofacial region. Embryological tissue remains are blamed in the underlying pathogenesis. Because they often cause cosmetic problems, they are usually diagnosed at an early stage. These lesions may be asymptomatic or may cause nasal obstruction, pain or facial deformity. Nasolabial cysts are generally seen unilaterally and are more common in women. Although their slow and painless growth is characteristic, they can present themselves with a rapidly growing painful mass when infected. Other odontogenic and non-odontogenic masses should be considered in the differential diagnosis. In this case report, the findings of cone beam computed tomography (CBCT), ultrasonography (USG) and magnetic resonance (MR) of the nasolabial cyst in a 29-year-old female patient admitted to our hospital were presented.

**Keywords:** Nasolabial cyst, non-odontogenic cyst, nasal cavity

\* Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Diş Hekimliği Fakültesi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum

**Kaynakça Bilgisi:** Miloğlu Ö, Aydın E. Nazolabial kist: konik ışınli bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve ultrasonografi bulgularıyla değerlendirilen bir vaka raporu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2021; 31: 271-4.

**Citation Information:** Miloğlu O, Aydın E. Nazolabial Cyst: a case report evaluated with cone beam computer tomography, magnetic resonance and ultrasonography findings. J Dent Fac Atatürk Uni 2021; 31: 271-4.

#### GİRİŞ

Nazolabial kistler ilk kez 1882 yılında Zuckerkandl tarafından tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Mukoid kist, maksiller kist, nazovestibüler kist, wind kist, subalar kist, nazo-globüler kist olarak da adlandırılan bu kist için Thoma nazoalveoler kist adlandırmasını önermiştir.<sup>2</sup> Nazolabial bölgede submukozal ve ekstraosseöz olarak büyürler ve nazal obstrüksiyon ve/veya kozmetik deformiteye yol açabilirler.<sup>1</sup> Nazolabial kistler daha çok kadınlarda görülmektedir. İkinci ve beşinci dekatta daha sık

görülürler. Sol tarafta daha sıklırlar ve %10 oranında bilateral olabilirler.<sup>2</sup> Hastalar çoğunlukla nazolabial sulkusta şişlik ile kliniğe başvurur. Nazal obstrüksiyon ve üst dudakın elevasyonu söz konusu olabilir.<sup>3</sup> Bazen de hikâyede burun ve üst dudak arasında birkaç yıldır bulunan kitle yakınması söz konusudur.<sup>2</sup> Fizik muayenede nazolabial olukta ele gelen hareketli, düzgün yüzeyle, kistik kitle palpe edilebilir.<sup>3</sup>

Kistin yeri ve görünümü, klinik olarak tanı koymada önemlidir. Teşhis nazal scope, BT ve MR görüntüleme yöntemlerini içerir. Hem BT hem de MR,



kistlerin kökenini ortaya çıkarmada değerlidir. Gereksiz iğne aspirasyonunu ve herhangi bir cerrahi uygulamayı önler.<sup>4,5</sup> BT'de yumuşak doku yoğunluğunda kistik yapıda yumuşak doku yerleşimli kitle görüntüsü görülür. MR incelemesinde T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens düzgün sınırlı yumuşak doku yoğunluğu izlenir.<sup>6</sup> Ayırıcı tanıda odontojenik lezyonlardan foliküler, periodontal, rezidüel kistler ve neoplaziler bulunmaktadır.<sup>2</sup>

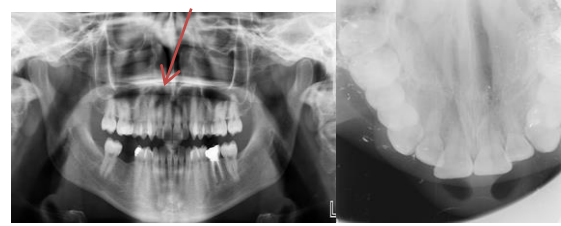
## VAKA SUNUMU

29 yaşında kadın hasta burun sağ alt tarafından üst dudağa uzanan hassasiyet nedeniyle Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalına başvurdu. Hastanın anamnezinde bu bölgeye yönelik cerrahi ve travma öyküsü bulunmuyordu. Hastanın aile öyküsü ve sistematik herhangi bir hastalığı yoktu. Ekstraoral muayenede ilgili bölgede bir şişliğe rastlanmadı. Palpasyonda ilgili bölge dokuları normal kıvamdaydı ve bir kitle hissi alınmadı. Yapılan ağız içi muayenesinde enflemasyon ve enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı.

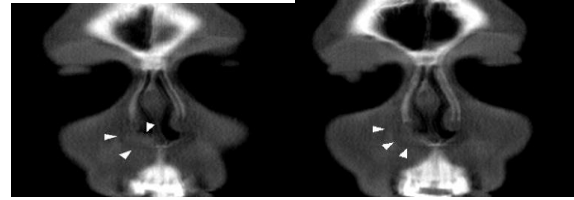
Radyolojik incelemede öncelikli alınan ortopantomografi (Planmeca ProOne, Panoramic Dental X-ray, Digital) ve okluzal (Kodak 2200 DC, Intraoral X-Ray System) radyogramlarda hastanın şikâyetinin olduğu yerde belirgin bir patoloji izlenmedi (Resim 1a-1b). Hastanın KIBT (Newton FP, 3G Quantitative Radiology, Verona, Italy) görüntülerinde aksiyal imajlarda üst sağ premaksiller sahada alveol kret depresyonu; koronal imajlarda ise sağ nazal fossa tabanı ve alt konkada rezorbe alanlar izlendi (Resim2). USG'de (Toshiba Aplio 300, Tokyo, Japan) sağ maksiller kemik dışında, nazal fossa komşuluğunda, yumuşak doku içerisinde 16,9 x 9,9 mm ebatlarında, posterior akustik zenginleşme gösteren, RDUS'ta merkezinde kanlanma göstermeyen, çeperinde ise kanlanma gösteren hipoeoik kistik lezyon izlendi (Resim3). Hasta anamnezinde yakın bir tarihte baş ağrısı şikâyeti üzerine Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalında çektiği MR incelemesinin olduğunu ifade edince ilgili bölüm ile iletişimi geçilerek imajlar değerlendirildi. Paranazal MR incelemesinde (0.2 T Siemens, Magnetom Concerto, Almanya) üst çene anteriorunda, subkutan yağlı dokuda ovoid, düzgün konturlu, osseöz yapılarda belirgin destrüksiyona neden olmayan hiperintens kitle izlendi (Resim4).

Yapılan tüm radyolojik incelemeler doğrultusunda nazolabial kist tanısına karar verilerek hastaya cerrahi tedavi önerildi. Hasta tedavisi için fakültemiz

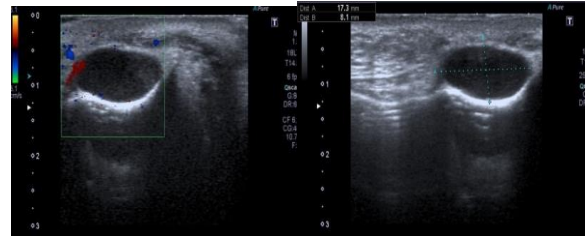
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümüne gönderildi. Sublabial eksizyon ameliyatı uygulandı. Kist patlatılmadan çevre yumuşak dokulardan diseke edildi. Kitle histopatolojik inceleme için Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı'na gönderildi. Patoloji, radyolojik olarak belirlediğimiz benign nonodontojenik nasolabial kist tanımını doğruladı (protokol no:0153-18). Hastanın üçüncü ve altıncı aylarda yapılan postoperatif değerlendirmelerinde herhangi bir patolojik duruma rastlanmadı.



Resim 1a-1b. Hastanın konvansiyonel radyogramları.  
Resim 1a. Ortopantomografi görüntüsü  
Resim 1b. Okluzal film görüntüsü  
(Radyogramlarda hastanın şikâyetinin olduğu yerde belirgin bir patoloji izlenmedi.)



Resim 2. Hastanın konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntüleri.  
Koronal imajlarda üst sağ premaksiller sahada alveol kret depresyonu, sağ nazal fossa tabanı ve alt konkada rezorbe alanlar izlenmiştir.



Resim 3. Hastanın Ultrasonografi görüntüsü.  
Sağ maksiller kemik dışında, nazal fossa komşuluğunda, yumuşak doku içerisinde 16,9x9,9 mm ebatlarında, posterior akustik zenginleşme gösteren, RDUS'ta merkezinde kanlanma göstermeyen, çeperinde kanlanma gösteren hipoeoik kistik lezyon izlenmiştir.



Resim 4. Hastanın Manyetik rezonans imaj görüntüsü. Aksiyal ve sagittal kesitlerde üst çene anteriorunda, subkutan yağlı dokuda ovoid, düzgün konturlu, osseöz yapılarda belirgin destrüksiyona neden olmayan hiperintens kitle

## TARTIŞMA

Nazolabial kistler hayatın 2. ve 5. dekatlarında daha sık görülmekte olup bu kistlerin kadınlarda ve sol tarafta daha fazla tespit edildiği belirtilmiştir.<sup>3</sup> Bizim vakamız 3. dekatta ve kadın hastaydı. Lezyon sağ taraftaydı.

Kistlerin belirtileri oldukça özgüdür.<sup>4</sup> Maksiller labiyal kıvrımın ve nazal vestibül tabanının dalgalı bir şişmesi, nazolabial kıvrımın obliterasyonu ve nazal alanın yükselmesinden oluşur.<sup>4</sup> Graamans ve arkadaşları<sup>5</sup> tarafından nazolabial sulkusta kistik kıvamlı, iyi lokalize, dalgalı bir şişlik, kistin kesin bir işareti olarak bildirilmiştir.

Nazolabial kistlerin anatomik olarak ağız ve burun bölgesine yakınlığı nedeniyle enfekte olma riski yüksektir. Başlangıç semptomu olarak kistin enfeksiyonu ve buna bağlı yakınmalar hastaların %30'unda görülmektedir.<sup>6</sup> Hastamızda tanı, tedavi ve takip aşamalarında herhangi bir enfeksiyon bulgusu saptanmadı.

Nazolabial kist klinik olarak nazolabial bölgede asemptomatik bir şişlik olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>7</sup> Enfeksiyon hassasiyete, nazolabial kıvrımın obliterasyonuna, nazal vestibüle, nazolabial sulkusa ve alanı yükselmesine neden olabilir. Burun tıkanıklığı, protez kullanımında zorluk, nefes darlığı ve yüzde deformite de olabilir. Bazı durumlarda, burun deliklerinden veya ağız boşluğundan kendiliğinden yırtılabilir ve boşalabilirler.<sup>8,9</sup> Hastalar kısmi veya tam burun tıkanıklığı, lokalize ağrı ve iyi sınırlı şişlik gibi ana semptomdan en az birine sahiptir.<sup>8,10</sup>

Nazolabial kistlerin tanısı genellikle klinik bulgular ve fizik muayene ile konulur. Kitle iki parmak palpasyonu ile tespit edilebilir; fakat BT ve MR gibi görüntüleme yöntemleri ile kist lokalizasyonu ve çevre dokunun kitle ilişkisi net olarak değerlendirilebilir.<sup>3,6</sup>

BT, lezyonun neden olduğu kemik erozyonu hakkında, MR ise kistin içeriği hakkında daha net bilgi verir.

Kistin yerleşimini, yapısını, çevre dokularla olan ilişkisini ve kemik erozyonu yapıp yapmadığını göstermede en iyi radyolojik yöntem paranazal BT'dir. Tanısal BT taraması yüksek öneme sahiptir ve nispeten düşük maliyetlidir. Lezyon sınırlarının değerlendirilmesi için tercih edilen görüntüleme yöntemi olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle BT, lezyon sınırlarının preoperatif tahmini için gerekli kabul edilir.<sup>11</sup>

MR nazolabial ve nazopalatin kistleri ayırt etmede oldukça faydalıdır.<sup>12</sup> Pruna ve ark.<sup>13</sup> MR'de; T1 ağırlıklı sekansa intermediate intens, T2 ağırlıklı sekansa hiperintens ve lezyon kenarını hipointens olarak bildirmişler, T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyal özelliği saptamışlar ve T1 ağırlıklı sekanslardaki hiperintens görünümün kistin protein içeriğine bağlı olduğunu belirtmişlerdir.

Nazolabial kistler USG ile de teşhis edilebilen yumuşak doku lezyonlarıdır. Ultrason muayenesinde iyi sınırlı yuvarlak veya oval şekilli lezyon ve yankısız alanlar görülebilir.<sup>14</sup> USG servikofasiyal bölgede kistlerin, tümörlerin ve yumuşak doku şişmesinin ayırıcı tanısı için değerli bir yöntemdir.<sup>6</sup> Pruna ve ark,<sup>13</sup> USG ve Doppler USG'nin lezyonun anatomik orijininin tespitinde ve lokal uzanımının değerlendirilmesinde faydalı olduğunu bildirmişlerdir.

Hastalığın ayırıcı tanısında bu lezyon gibi uzun sürede büyüyen, yumuşak, benign görünümlü, ağrısız olabilen neoplastik, gelişimsel, odontojenik lezyonlar akla gelmelidir. Nazopalatin duktus kisti veya insisiv kanal kisti ile sıklıkla karıştırılabilir. Bunun yanında granülasyon, kist, apse gibi periapikal enflamatuvar lezyonlar kemiği eroze edip bu lezyonla karışabilir. Agresif seyreden gelişimsel lezyonlardan keratokist aynı şekilde kemik erozyonu ile karşımıza çıkabilir. Nonodontojenik epidermoid veya epidermal inklüzyon kistleri benzer klinik tabloda olabilir.<sup>6</sup> Akla gelmesi gereken diğer hastalıklar burun tabanı fronkölü, fasiyal selülit ve akut maksiller sinüzit olmalıdır.<sup>1</sup>

Literatürde, nazolabial kist için en iyi tedavi olarak tam cerrahi eksizyon tanımlanmıştır.<sup>6</sup> Cerrahi tedavinin amacı tanı koymak, kistin enfeksiyonunu önlemek ve herhangi bir kozmetik deformiteyi düzeltmektir.<sup>6</sup> En yaygın uygulanan yaklaşım, üst bukkal sulkusta bir sublabial insizyon ile lokal anestezi yoluyla intraoral enükleasyondur. Bu, cerrahi alanın daha geniş olmasını ve nazal mukozayı yırtmadan veya maksiller sinüse girmeden tamamen eksizyonun daha garantili olmasını sağlar.<sup>5,6,15</sup> Nazolabial kistler, burun

boşluğu tabanına yakın yerleştüğinden, eksizyon sırasında mukozada perforasyon meydana gelebilir.

Sublabial eksizyon bu hastalarda temel tedavi yöntemini oluşturmaktadır.<sup>3</sup> Lee ve ark.nın<sup>16</sup> on yedi hastalı serisinde tüm hastalarda bu yaklaşım uygulanmış ve nükse rastlanmamıştır. Sublabial yaklaşım mukoperiosteumun kemiğe yapışmasına ve yumuşak dokuların fizyolojik katmanlar halinde iyileşmesine olanak sağlar. Endoskopik marsupializasyon ise nazal tabanın kist kavitesiyle birleşmesiyle havalı bir sinüs oluşumuna neden olur.

Sonuç olarak nazolabial kistler nadir görülen nonodontojenik lezyonlardır. Belirgin bir klinik bulgu vermeyen bu kistlerin tanısında MR ve USG değerli diagnostik yöntemler olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

*Bu çalışma, çalışmayı yürüten tüm yazarlar tarafından okunmuş ve onaylanmış orijinal bir çalışmadır. Herhangi bir yazar, kurum ya da kuruluş ile çıkar çatışması olmadığını belirtmek isteriz.*

#### KAYNAKLAR

- Kamal R, Dahiya P, Palaskar S. Klestadt's cyst. J Nat Sci Biol Med 2011;2:128-30.
- 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.
- Sahin C. Nasolabial cyst. Case Rep Med 2009; 2009: 586201.
- Comis Giongo C, de Marco AG, Torres do Couto R, Torriani MA. Nasolabial cyst: a case report. Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxillofac 2014;55:55-9.
- Tiago Romualdo Suzano Louzeiro, Maia Mayko Soares, Nascimento Gustavo Motta Simplício do, Correa Juliano Piotto, Salgado Daniel Cauduro. Nasolabial cyst: diagnostic and therapeutical aspects. Brazilian J Otorhinolaryngol 2008;74:39-43.
- Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. Br J Oral Maxillofac Surg 2007;45:293-7.
- Tanimoto K, Kakimoto N, Nishiyama H. MR imaging of the nasoalveolar cyst: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99:221-4.
- Narain S. Nazolabial cyst: clinical presentation and differential diagnosis. J Oral Maxillofac Surg 2015; 14:7-10.
- Goyal S, Verma P, Mehta M. Infected nasolabial cyst: a rare case report and review of literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015;1:134-8.
- Su CY, Huang HT, Liu HY. Scanning electron microscopic study of the nasolabial cyst: its clinical and embryological implications. Laryngoscope 2006; 116:307-11.
- Matiakis A, Papadimas C, Tzerbos F. Nazolabial cyst: A case and literature review. Acta Stomatol Croat 2013;47: 342-7.
- Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H. MR imaging of nasopalatine duct cysts. Eur J Radiol 2001;39:73-6.
- 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;28:14-9.
- Acar AH, Yolcu Ü, Asutay F. Is ultrasonography useful in the diagnosis of nasolabial cyst? Case Rep Dent 2014; 2014: 1-3.
- Righini CA, Baguant A, Atallah I. Nazolabial swelling. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Diseases 2016; 134: 137-9.
- Lee JY, Baek BJ, Byun JY, Chang HS, Lee BD, Kim DW. 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: 85-9.

#### Sorumlu Yazarın Yazışma Adresi

Prof. Dr. Ozkan MILOGLU,  
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Diş Hekimliği Fakültesi, Atatürk Üniversitesi, 25240, Erzurum, Türkiye.  
İş Telefonu: +90 442 2360944 – 1765  
E-mail adresi: omiloglu@hotmail.com

