

İNSİSİV KANAL KİSTİ (BİR VAKA NEDENİYLE)

Dr.Dt.Hasan YELER*
Dt.Aslıhan SOYAL*

Dt.Serkan POLAT* Dt.Siman AY*
Yrd.Doç.Dr.Mustafa ÖZTÜRK*

INCISIVE DUCT CYST (CASE REPORT)

ÖZET

İnsisiv kanal kisti çenelerde görülen en yaygın nonodontojenik gelişimsel kisttir. Anatomik olarak nasopalatin kanalın içinde veya yakınındadır. Lezyon genellikle rutin intraoral radyolojik tetkikler sonucu fark edilir.

Klinik olarak insisiv kanal kistleri genellikle asemptomatik olarak gelişirler ve komşu dişlere uygulanan vitalite testi ayırıcı tanıda önemli rol oynar. İnsisiv kanal kistinin, nasopalatin kanalın epitel artıklarının proliferasyonundan geliştiği düşünülmektedir. Radyolojik olarak lezyon kortikal sınırlı, iyi görünümü veren radyolüsent alan şeklinde, maksiller orta hatta veya çevresinde görüntü verir.

Bu yazıda protez yaptırmak amacı ile Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran bir hastada klinik, radyolojik ve histopatolojik olarak saptanan insisiv kanal kisti sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler:

SUMMARY

Incisive duct cyst is the most common nonodontogenic developmental cyst in the jaws. Anatomically, the lesion is in or near the incisive canal. In generally, these cysts are noticed during routine intraoral radiological examination.

Clinically the incisive duct cyst generally develops asemptomatically and the vitality test is the important factor in the differential diagnosis. It is supposed that the incisive duct cyst develops from the proliferation of the remnants of the epithelium of the nasopalatine duct. Radiologically the lesion is visible as cortically bordered, well defined radiolucent area at the midline.

In this report one patient who admitted Cumhuriyet University Faculty of Dentistry for prosthetic restoration has been presented. The lesion was diagnosed as incisive duct cyst with clinical, radiological and pathological findings.

Key Words:

GİRİŞ

İnsisiv kanal kisti maksilla bölgesinde en sıklıkla görülen non-odontojenik kisttir. İlk olarak 1914 yılında Meyer tarafından paranazal sinüs olarak tanımlanmıştır. Median anterior maksiller kist veya nasopalatin kanal kisti olarak da adlandırılır. Eğer kist insisiv papilla çevresinde genişirse papilla palatina kisti olarak da adlandırılır.^{1,2,5,7,9}

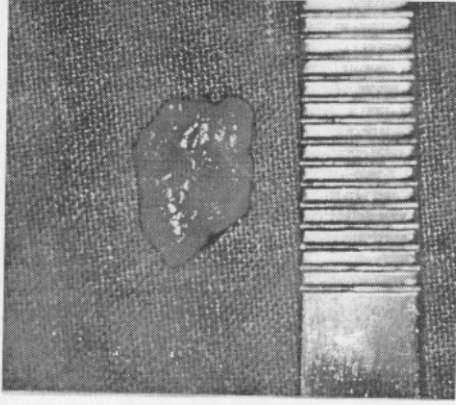
Kist genellikle asemptomatiktir. Abraham ve arkadaşları çalışmalarında vakaların % 40'a yakınının asemptomatik olduklarını bulmuşlardır. Bazen kistler enfekte olarak ağrı ve şişlikle beraber insisiv papillanın yanından fistül oluşmuş bir şekilde karşımıza çıkabilir. Lezyon semptom vermeye başlayınca hastalarda şişlik, ağrı ve ağızda tuzlu tat şikayetleri ortaya çıkar.^{1,2}

Kist genellikle kortikal kemikle sınırlı, orta hat civarında görülür. Lezyon genellikle yavaş büyüyen ve çok nadiren büyük kemik yıkımlarına neden olabilir.

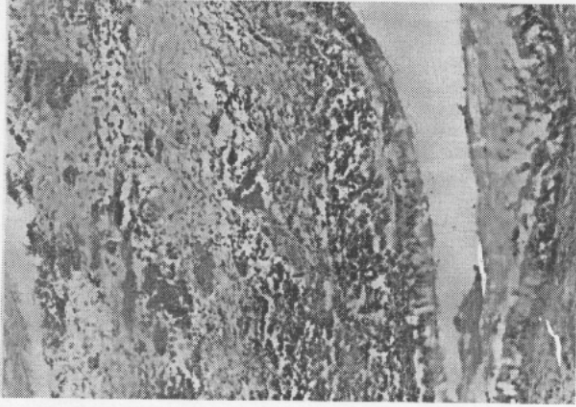
Kistin küçük ve asemptomatik olduğu durumlarda lezyonu normal bir insisiv foramen- den ayırt etmek oldukça zordur. Bu nedenle 6 mm. çapından küçük lezyonların klinik semptomlar yoksa normal insisiv forameni gösterdiği konusunda fikir birliğine varılmıştır.^{2,6,8} Genellikle rutin radyografik tetkikler sonucu ortaya çıkar. Radyografilerde nasopalatin kanal kisti yuvarlak, ovoid ya da klasik bilinen kalp (heart-shape) şeklinde görülebilir. Kalp şeklindeki görünüş kistin spina nasalis anteriora superpoze olması ile ortaya çıkar.^{4,6,8} Bu bölge santral dişlerin apeksleri hizasına geldiğinden bazen radiküler kistlerle karıştırılabilir. Ancak bu dişler vitalite testine cevap verirler. Bazen kesicilerde kök rezorbsiyonları görülebilir. Büyük kistler bazı vakalarda dişlerde yer değişikliğine sebep olabilir. Nasal kavite ve maksiller sinüs perforasyonu gelişebilir.^{7,8}

İnsisiv kanal kistinin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak travma ve bakteriyel enfeksiyon gibi faktörlerin nasopalatin kanaldaki epitel artıklarının proliferasyonunu stimüle ettiği varsayılmaktadır. Genetik faktörlerin de etkili olduğu düşünülmektedir.^{1,2,4,6,7}

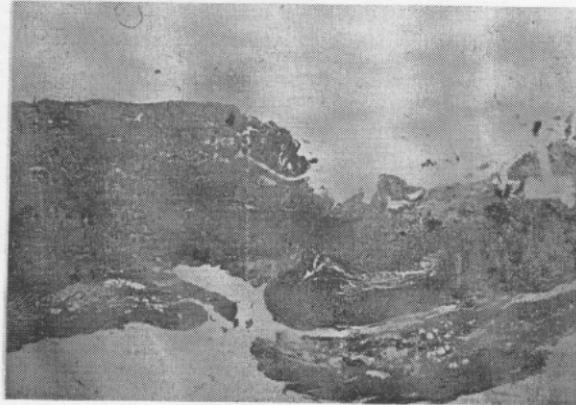
* Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hek Fak



Resim 4. Çıkartılan lezyon.



Resim 5. Lezyonun histopatolojik görünümü.



Resim 6. Lezyonun histolojik görünümü.

TARTIŞMA

İnsisiv kanal kistleri, oral kavitede opere edilen kistlerin tümünün % 4'ünü temsil etmektedir. Görülme sıklığının % 1.7 ile % 11.9 arasında değişiklik gösterdiği rapor edilmiştir. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir. (nasopalatin duct kist). Klinik olarak bu kistler asemptomatik olarak geliştiğinden muayene sırasında tesadüfen teşhis edilirler. Komşu dişlere uygulanan vitalite testi ayırıcı tanıda çok önemli rol oynar. Kist asemptomatik olduğu durumda normal foramen incisivustan ayrılması güçtür. Ancak 6 mm.den büyük RL alanlar kist olarak kabul edilebilir. Dişsiz çenelerde kisti klinik olarak teşhis etmek bu açıdan zordur. Ancak radyolojik olarak teşhis edilen kisti klinik olarak belirleyebilmek için aspirasyon uygulanabilir. En çok 4 ve 6. dekatlarda görülür.^{3,7-9}

Histolojik olarak insisiv kanal kisti çok katlı yassı epitel, yalancı çok katlı siliyumlu kolonlar epitel, kübik epitel veya bunların karışımıyla örtülüdür. Kisti çevreleyen bağ doku çok kere inflamasyondur ve mukoz glandlarını, hiyalin kıkırdak dokusunu, büyük kan damarlarını ve sinirleri ihtiva eder.^{1,4}

Nasopalatin kisti çevrelenen epitelin tipi, nazal kavitenin komşuluğu sonucu olabilir. Nazal kavitenin yanında lokalize olan kistler respiratuar epitel ve daha alt kısımlarda squamoz epitel ile çevrilidir.⁷

Vakamızdan elde edilen lezyon üzerinde yapılan histolojik incelemede, yüzeyde respiratuar epitel, kist duvarında lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşan iltihabi infiltrasyon gözlenmiştir. Kist duvarında sinir kesiti varlığı da izlenmektedir.

İnsisiv kanal kisti tamamen RL'dir ve sınırları net olarak gözlenir. Maksiller kesici dişlerin köklerinde diverjenliğe sebep olabilir ve daha az sıklıkla eksternal kök rezorpsiyonu oluşturur. Spina nasalis anterior RL defektin üstüne süperpoze olarak tipik olarak kalp şeklini oluşturur. Ancak bu her zaman belirgin değildir.^{4,5,7,8} Bizim vakamızda sınırları kalp şeklinde, belirgin olarak görülmüştür.

Hastanın 1 ay önce keser dişlerini çekirtmesine rağmen kistin tespit edilememiş belki de bu dişlerin muhtemel bir radiküler kist teşhisi ile çekilmiş olabileceği fikrini uyandırmaktadır. Ancak kist kavitesinin çekim soketleri ile ilişkisi olmadığı operasyonda saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Anneroth G, Hall G, Stuge U. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15: 572-580.
2. Gnanasekhar JD, Walvekar SV, Al-Kandari AM, Al-Duwairi Y. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 465-470.
3. Gulabivala K, Briggs PFA. Diagnostic dilemma: an unusual presentation of an infected nasopalatine duct cyst. *International Endodontic Journal* 1992; 25: 107-111.
4. Hertzanu Y, Cohen M, Mendelsohn DB. Nasopalatine duct cyst. *Clinical Radiology* 1985; 36: 153-158.
5. Nortje CJ, Wood RE. The radiologic features of the nasopalatine duct cyst. An analysis of 46 cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1988; 17: 129-132.
6. Öztürk M, Şimşek B, Aral İ.L., Yılmaz D. İnsisiv kanal kisti (iki olgu nedeni ile). *Türk Oral Maksillofas Cer Derg* 1997; 1-2: 69-73.
7. Regezi LR, Sciubba J. Oral pathology: Clinical pathologic correlations Sec Eds WB Saunders Company, 1993; 345-347.
8. Staretz LR, Brada BJ, Schott TR. Well-defined radiolucent lesion in the maxillary anterior region. *JADA* 1990; 120: 335-336.
9. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 268-271.
10. Takagi R, Ohashi Y, Suzuki M. Squamous cell carcinoma in the maxilla probably originating from a nasopalatine duct cyst. Report of case. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 112-115.

Kist kaviteleri genellikle sıralı squamoz epitel hücreleri veya pseudo sıralı columnar, kübidal veya düz epitel hücreleri ile sınırlanmıştır. Büyük vakalarda nörovasküler demetler, kas yapışıklığı olan damarlar kist kapsülü içinde bulunmuştur. Kist sıvısı eritrosit, lökosit, epitelial hücreler, debris ve bakteri içerir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara nazaran daha fazladır ve en çok 4 ve 6. dekatlarda görülür.^{7,9}

Kistin tedavisinde küçük lezyonlarda palatinal veya bukkalden yaklaşarak basit enüklezyon uygulanabilir. Nüks genellikle çok nadirdir. Ancak bir vakada muhtemelen insisiv kanal kistinden orjin alan bir squamos cell karsinom vakası¹⁰ rapor edilmiştir. Prognozu iyidir ve vakaların büyük bir çoğunluğunda tam kemik rejenerasyonunun 3 yıl içinde gerçekleştiği rapor edilmiştir.⁷

VAKA

Protez yaptırmak amacıyla fakültemize başvuran 65 yaşındaki M.B. adındaki erkeğin alınan kontrol panoramik radyografisinde, üst çene ön bölgede ve orta hatta bulunan radyolüsent lezyon fark edilmiştir. Hastanın sistemik olarak herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Yine lezyonla ilgili herhangi bir şikayeti mevcut değildir. Ekstraoral muayene bulguları normal olan hastamızın intraoral muayenesinde insisiv papilde çok hafif bir şişlik dışında patolojik bir bulgu gözlenmemiştir (Resim 1).

Hastadan alınan panoramik ve periapikal radyografiler incelendiğinde, üst çenede orta hatta yaklaşık 1.5 cm.çapında yuvarlak, sınırı radyoopak bir çizgiyle belirlenmiş olan bir lezyon gözlenmiştir (Resim 2).

Hasta cerrahi disiplinler altında lokal anestezi ile opere edilmiştir. Üst çene dişsiz bölgedeki kistik lezyon enüklezyonla çıkartılmıştır. Operasyon bölgesi primere olarak kapatılmıştır. Hastaya postoperatif medikal tedavi uygulanmış, gerekli önerilerde bulunulmuştur (Resim 3,4) operasyon sonrası ve çıkarılan lezyon.

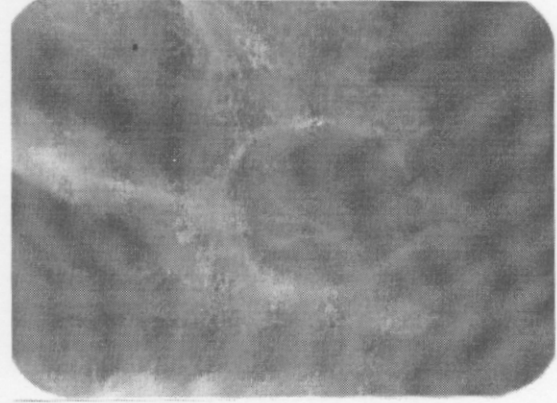
Operasyonda elde edilen lezyon histopatolojik tetkik için % 10'luk formol ile fikse edilip patolojik incelemeye gönderilmiştir.

Yapılan histolojik incelemede, yüzeyle respiratuvar epitel, kist duvarında lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşan iltihabi infiltrasyon gözlenmiştir. Kist duvarında sinir kesiti varlığı da izlenmektedir (Resim 5,6).

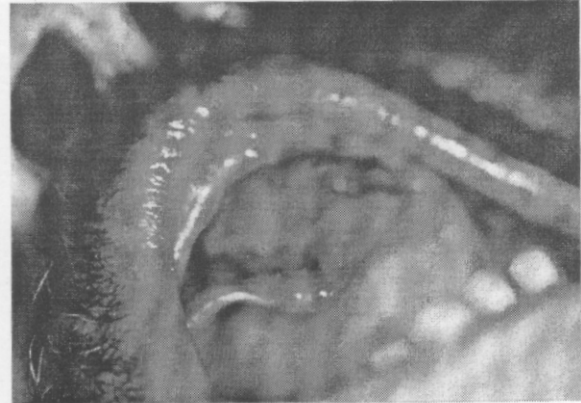
Klinik, radyolojik ve histolojik incelemeler sonrası tanı insisiv kanal kisti olarak kesinleşmiştir.



Resim 1. Hastanın ağız içi görünümü.



Resim 2. Hastanın periapikal radyolojik görünümü.



Resim 3. Hastanın ameliyat sırasındaki görünümü.